FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 décembre à 1 heure

PAR

Henri BRUNET

Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'assistance publique
Médaille d'honneur du ministère de l'Intérieur (Choléra 1892)

né à Dijon (Côte d'Or) le 14 Décembre 1865

DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

ET

GOITRE EXOPHTALMIQUE

Président : M. JOFFROY, *professeur*.
Juges : MM. { BROUARDEL, *professeur*, BALLET ET CHANTEMESSE, *agrégés*.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

64

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 décembre à 1 heure

PAR

Henri BRUNET

Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'assistance publique
Médaille d'honneur du ministère de l'Intérieur (Choléra 1892)

né à Dijon (Côte d'Or) le 14 Décembre 1865

DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

ET

GOITRE EXOPHTALMIQUE

Président : M. JOFFROY, *professeur*.

Juges : MM. { BROUARDEL, *professeur*, BALLET ET CHANTEMESSE, *agrégés*.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. N...
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	LE FORT. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERER.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	JALAGUIER.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	QUÉNU.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.		WEISS.
DUJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Professeur de Clinique des maladies mentales et des maladies de l'Encéphale
Chevalier de la Légion d'honneur

I

Introduction

La coïncidence de troubles psychiques avec le goître exophtalmique a été signalée par tous les auteurs qui ont étudié cette dernière affection. Dès 1840, Basedow note le changement qui se manifeste dans le caractére des malades, leur état d'excitation. Il fait remarquer que ces sujets sont souvent considérés comme des fous par les gens du monde. Trousseau, dans ses cliniques, insiste sur la bizarrerie du caractère de ces malades, « lesquels sont irascibles, ingrats et d'une exigence qui ne trouve d'excuse que dans la maladie ». D'après Ball, « il existe chez tous les exophtalmiques un certain degré d'exaltation intellectuelle et morale ; ils présentent presque tous des singularités, des idées bizarres. Ces manifestations morbides peuvent aller jusqu'à la manie la plus aigüe, et entrainer l'application de la camisole de force. Jaccoud, Luton, Rendu, insistent également sur les modifications spéciales du caractère des gens atteints de la maladie de Basedow. Enfin, en Angleterre, Savage « considère comme un sujet particulièrement intéressant l'intime association

des troubles psychiques au goître exophtalmique, et, en Allemagne, Bœdecker écrit « qu'il existe toujours, chez les malades atteints de cette affection, de la dégénérescence psychique. »

Si tous les auteurs s'accordent à admettre la fréquence des troubles psychiques au cours de la maladie de Basedow, les divergences naissent lorsqu'il s'agit d'établir les liens qui les unissent à cette affection. Les uns les considérent comme faisant partie intégrante de la symptomatologie de la névrose ; ils en font les signes d'origine cérébrale. D'autres vont plus loin et croient que ces symptômes peuvent dans certains cas atteindre une assez grande intensité pour créer une folie névropathique, la folie du goître exophtalmique. Quelques-uns enfin admettent qu'il n'y a là qu'une association morbide, et que les troubles psychiques et la maladie de Basedow n'ont d'autre lien commun que la nature dégénérée du terrain sur lequel ils évoluent.

Ce n'est d'ailleurs que dans ces dernières années qu'on s'est préoccupé d'éclaircir la symptômatologie autrefois si obscure et si complexe de la maladie de Basedow, et qu'on en a retranché une foule de manisfestations nerveuses pour les rattacher à leur véritable cause.

Grâce aux travaux de Bruck, de Graves, de Marcé, de MM. Joffroy et Ballet, on sait maintenant la fréquence de l'association de l'hystérie à la maladie de Basedow.

Robertson, Delasiauve, Seglas, ont étudié les rapports de l'épilepsie avec cette névrose.

Enfin Regis, et Boeteau ont montré que tout un groupe de symptômes attribués jusque là au goître exophtalmique, relèvent manifestement de la neurasthémie.

Cette restitution de syptômes mentaux aux espèces cliniques dont ils dépendent, simplifié déjà d'une singulière façon le tableau clinique de la maladie de Basedow. Mais il reste encore certains troubles psychiques disparates que quelques auteurs considèrent comme caractéristiques de l'état mental des exophtalmiques. Or, pour nous, ces troubles psychiques sont indûment attribués à la maladie de Basedow. Il résulte de l'examen attentif des malades que nous avons observés et des faits qui ont été publiés en France et à l'étranger, que rien, dans le mode d'apparition de ces « symptômes cérébraux » ni dans leur évolution clinique n'autorise à les regarder comme caractéristiques du goître exophtalmique. Ils relèvent presque tous de certaines formes de la folie des héréditaires dégénérés associées à la maladie de Basedow, évoluant parallèlement à cette affection, mais d'une façon absolument indépendante.

C'est l'étude de ce groupe spécial de troubles psychiques dans ses rapports avec le goître exophtalmique que nous avons pris comme sujet de notre thèse inaugurale.

Nous essaierons de prouver, en nous appuyant uniquement sur les faits observés, que les obsessions, les impulsions, les délires plus ou moins bien systématisés, les états maniaques et mélancoliques qu'on ob-

serve chez les exophtalmiques relèvent presque tous directement de la dégénérescence mentale.

Toutes nos conclusions seront tirées de l'analyse de toutes les observations que nous avons pu réunir en France et à l'étranger. Nous avons traduit nous-même et reproduit in-extenso dans notre travail les observations allemandes et anglaises.

Notre ami Schmid, interne des hôpiteaux a bien voulu nous traduire une observation italienne et Mlle Gorwitz externe des hôpitaux nous a traduit le mémoire de Greidenberg ; nous leur adressons tous nos remerciments.

Avant de terminer nos études nous tenons à remercier ici tous nos maîtres dont les savantes leçons et les conseils nous ont toujours été si utiles et si précieux.

Que MM. Ballet, Raymond, Landrieux, Polaillon, de Beurmann, Delpeuch, Richardière veuillent bien agréer l'hommage de notre vive reconnaissance.

Nous remercions bien vivement Monsieur le Professeur Joffroy de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

II

Historique

Geigel en 1866, au cours d'une longue étude sur la maladie de Basedow, rapporte l'observation d'un malade atteint de goître exophtalmique et d'aliénation mentale (obs. XIII). Il expose longuement les symptômes de la maladie de Basedow, et discute les diverses opinions émises sur leur pathogénie, mais il ne cherche pas à établir les liens qui unissent la névrose aux troubles psychiques observés chez son malade.

Solbrig, en 1871, a observé une malade âgée de 42 ans qui fut prise en même temps de goître exophtalmique avec impulsions irrésistibles à tuer ses enfants (obs. VI), et qui guérit complètement en moins d'une année. Quinze jours après le rétablissement de cette femme, son fils âgé de 8 ans, à la suite de surmenage intellectuel, fut atteint subitement de la maladie de Basedow, et dix jours plus tard, il était complètement rétabli.

La même année *Meynert* publie l'observation d'une jeune fille de 17 ans, chez laquelle, à la suite d'un violent chagrin, apparurent simultanément les symptômes de la maladie de Basedow et une agitation maniaque des plus intenses. (Obs. XVI) « Ce cas, dit Mey-

nert, démontre d'une manière remarquable que le désordre intellectuel peut reconnaître pour cause l'hyperémie cérébrale, et que les troubles dans l'innervation vaso-motrice jouent un rôle capital dans la production de la folie. »

Delasiauve en 1874, communique à la société médicale des hôpitaux l'observation d'une femme qui, atteinte de goître exophtalmique et épileptique, présente des désordres cérébraux très-accentués. Elle a des visions sinistres, des idées de mort et de ruine ; elle se nourrit d'inquiétudes, d'alarmes, de présages fâcheux ; elle se croit en butte à la malveillance et à l'insulte. « Faut-il, dit Delasiauve, rapporter au goître exophtalmique une part des désordres physiques et psychiques dont souffre la patiente ? Je me contente d'énoncer ces questions, laissant à l'avenir, si le présent ne peut les résoudre, le soin, par le rapprochement de faits analogues, d'y répandre la lumière. »

En 1875, *Robertson* publie en Angleterre l'observation d'un malade qui fut pris d'agitation maniaque, cinq ans après l'apparition des premiers symptômes du goître exophtalmique, et succomba peu de jours après. (Obs. XXXII). Pour Robertson, il est incontestable que, dans ce cas, les troubles mentaux dépendaient de la même cause que le goître exophtalmique. Ces divers symptômes reconnaissaient pour cause l'hyperémie cérébrale occasionnée par la lésion du grand sympathique cervical.

Le 15 mars 1876, à la réunion de la société de Psy-

chiatrie de Berlin, *Boettger* communique l'observation d'une femme qui, peu de temps après l'apparition des premiers signes du goître exophtalmique fut prise d'excitation maniaque avec hallucinations (Obs. XVII); les troubles mentaux disparurent complètement avec l'apparition d'un phlegmon de la main. Boettger met les troubles psychiques sur le compte de la lésion du grand sympathique ; il appuie son interprétation sur l'expérience de Bernard qui, en sectionnant le grand sympathique déterminait dans la tête de l'animal en expérience, un afflux du sang et une élévation de la température. Dans la même séance *Nœtel* cite le cas d'une femme chez laquelle, au cours d'un goître exophtalmique survint une mélancolie active. Au bout de quelques jours, la mélancolie guérit; les symptômes du goître exophtalmique s'amendèrent, mais ne disparurent pas complètement. *Jung* n'a jamais observé de troubles psychiques comme complication d'une véritable maladie de Basedow, mais il a souvent observé des cas de manie compliqués d'exophtalmie manifeste. Jamais la guérison des troubles psychiques n'a coïncidé avec une amélioration de l'exophtalmie. Le même auteur donne ensuite lecture à la société d'une observation que lui a communiquée le Dr *Jensen* d'Allenbourg. Il s'agit d'une femme chez laquelle, en même temps que le goître exophtalmique, débuta une agitation maniaque avec idées de persécution et hallucinations (Obs. XXV). Cette malade guérit complètement au bout de quelques jours.

Au mois de décembre 1877, *Cane* publie en Angle-

terre l'observation d'une femme qui, à la suite de violents chagrins occasionnés par la mort de son mari, fut prise en même temps, de goître exophtalmique et de troubles psychiques. La malade présenta des alternatives de manie et de mélancolie et fit plusieurs tentatives de suicide. (Obs. XXXI).

Savage fait paraître en 1882 un mémoire contenant trois observations où le goître exophtalmique s'accompagne d'accidents maniaques avec mélancolie (Obs. XVIII, XXIII, XXIV).

Savage pense que, dans ces trois cas, les troubles psychiques sont fortuitement associés à la maladie de Basedow. Il ne croit pas que les lésions du sympathique suffisent pour les produire; il faut, selon lui, chercher leur point de départ « dans des centres plus élevés ».

En 1887 *Colman Collins* publie l'observation d'une malade chez laquelle, au cours d'une maladie de Basedow survinrent des désordres cérébraux caractérisés par un mélange d'excitation maniaque et de dépression mélancolique avec des idées mystiques, des craintes de ruine, des idées de persécution. Le goître exophtalmique resta stationnaire, tandis que, au bout d'un mois, les troubles psychiques avaient presque complètement disparu. (Obs. XXVI).

En 1889 parurent deux observations dues au Dr *Clarke*, directeur de l'asile de Kingston. Dans l'une il s'agit d'une femme de trente ans, qui était depuis plusieurs années atteinte du goître exophtalmique, lorsqu'elle commença à devenir très-irritable et très-impressionnable; puis elle eut une atteinte de manie aigüe très-violente,

avec idées délirantes. Elle ne tarda pas à mourir. Le Dr Clarke attribue la folie au goître. — Dans l'autre observation, il est question d'un individu qui était aliéné depuis une vingtaine d'années, lorsqu'il fut atteint de goître exophtalmique.

La même année *Bœdecker* publie, dans les annales de la Charité de Berlin, quatre observations très-intéressantes de malades qui, au cours d'une maladie de Basedow, ont présenté des troubles cérébraux divers. (Obs. XXI, XXII, XXX, XXXIII).

L'auteur ne fait suivre ces observations d'aucun commentaire ; il se borne à dire que « les troubles cérébraux appartiennent à une psychose nettement définie, et ne font nullement partie intégrante de la maladie de Basedow. »

Ball, en 1890, dans la deuxième édition de ses leçons cliniques sur les maladies mentales, attribue, parmi les folies névropathiques, une place à la folie du goître exophtalmique. Le plus souvent la maladie prend la forme d'une mélancolie avec agitation, souvent accompagnée d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. Dans d'autres formes les symptômes sont ceux de la manie aigüe avec agitation et besoin de mouvement. Ball insiste sur le rôle important que joue l'hystérie dans la production de ces troubles mentaux ; « mais il n'en est pas moins vrai qu'indépendamment de toute autre névrose, la maladie de Basedow peut incontestablement produire des troubles intellectuels. »

Dans une de ses cliniques de l'hôpital Necker, *Peter* cite l'observation d'une femme à idées très ambitieuses,

atteinte de goitre exophtalmique. Chez elle, l'hydrothérapie fit disparaître les principaux symptômes, puis, son mari ayant échoué à la députation, elle resta privée de la raison pendant trois mois. — Il parle également d'une deuxième exophtalmique qui, sortie de l'hopital, ne pouvait résister à l'impulsion d'écrire. « Elle ne peut résister au besoin de son cœur qui est de témoigner sa reconnaissance à M. Marfan » qui l'a soignée à la clinique de Necker. Peter admet « que les goitreux exophtalmiques sont tous placés sur les frontières de la folie ». Que leur affection soit fruste ou complète, tous ces malades sont des agités ; ils sont irascibles, présentent des troubles du caractère, « un degré de plus et ils deviennent fous par exagération de leur trouble cérébral antérieur ».

Le 28 Février 1890, M. *Ballet* présente à la société médicale des hôpitaux l'observation d'un malade qui, étant déjà hystérique, fut atteint de la maladie de Basedow avec hallucinations et idées de persécution (Obs. XI.).

M. Ballet se propose de déterminer quelle est la signification nosologique du délire de persécution. Est-ce un délire de persécution vrai ? ou bien, les idées de persécution survenant ici à titre épisodique, relèvent-elles directement de l'une des deux affections avec lesquelles elles coïncident, et, dans cette dernière hypothèse, relèvent-elles plus spécialement de l'hystérie ou de la maladie de Basedow ? M. Ballet élimine a priori le délire de persécution vrai. Il attribue les hallucinations à l'hystérie, et trouve dans l'état d'esprit particulier qui est celui des exophtalmiques l'élément secon-

daire indispensable à l'hallucination pour aboutir à l'idée de persécution. Chez les exophtalmiques, les impressions du dehors provoquent des réactions plus vives que chez les individus normaux, il n'y a rien de surprenant à ce que une impression fausse agisse comme une impression vraie, à ce que des hallucinations pénibles, souvent répétées, finissent par déterminer les mêmes sentiments de méfiance et de haine qu'une hostilité réelle. « Nous sommes en mesure d'affirmer, ajoute M. Ballet, qu'on peut, chez certains exophtalmiques observer les idées de persécution les mieux caractérisées... Pour aboutir à la constitution de ces idées, le goître exophtalmique ne suffit pas, il faut le concours de deux affections souvent associées, le goître exophtalmique et l'hystérie. L'hystérie crée l'hallucination, le goître exophtalmique se l'approprie et s'en sert pour réaliser les idées de persécution. »

En réponse à la communication de M. Ballet, M. *Renaut*, de Lyon, publié à la même époque, dans les bulletins de la société médicale des hôpitaux, une (observation pour servir à l'histoire des troubles cérébraux symptomatiques de la maladie de Basedow) (Obs. XII). Dans cette observation il s'agit d'une malade chez qui, d'après le Dr Renaut des idées de persécution se seraient développées parallèlement à l'évolution de la maladie de Basedow. Cette femme n'étant pas hystérique, l'auteur conclut qu'il existe « une relation directe, et de cause à effet, entre le délire de persécution et la maladie de Basedow. »

Quelques mois plus tard, M. le professeur *Joffroy*

fait une longue communication à la société médico-psychologique sur les rapports du goître exophthalmique et de la folie, et il cite l'observation d'une femme atteinte de mélancolie et de goître exolphtalmique (Obs. XXVIII). Voici les conclusions de l'auteur :

« 1° Les modifications si fréquentes du caractère dans la maladie de Basedow peuvent prendre dans certains cas une intensité telle qu'elles créent une véritable folie, se présentant plus généralement sous la forme de mélancolie ou sous celle de manie, la mélancolie ou la manie étant, dans ces cas, symptomatiques de la maladie de Basedow. »

« 2° D'autre part, la maladie de Basedow peut se développer chez des malades atteints antérieuremeut d'aliénation mentale, et provoquer l'exacerbation ou la réapparition des troubles psychiques. Dans ce cas, la folie ne peut pas être considérée comme symptomatique de la maladie de Basedow, mais constitue une seconde affection surajoutée à la première. »

« 3° Chez les prédisposés et en particulier chez les hystériques, avec idées de tristesse, de frayeur ou d'hypochondrie, la maladie de Basedow se complique facilement de troubles mentaux appartenant à la fois à deux états morbides, à l'hystérie et au goître exophtalmique, comme dans le cas de M. Ballet sans qu'on puisse rattacher la folie uniquement à l'hystérie, ni à la maladie de Basedow. »

Le mois suivant, M. Joffroy présente à la société médicale des hôpitaux l'observation d'une jeune fille de vingt-cinq ans, à la fois exophtalmique et hystérique,

qui avait des hallucinations hypnagogiques (Obs. XXIX). Avant l'apparition du goître exophtalmique, la jeune fille avait eu peur d'un chien enragé, et depuis qu'elle était atteinte de la maladie de Basedow, il lui arrivait fréquemment de revoir le même chien en rêve, et l'hallucination persistait après son réveil.

« Dans ce cas, dit M. Joffroy, et dans les cas semblables, le trouble cérébral est hystérique par son origine et par son développement appartient à la maladie de Basedow. »

Le 28 juillet de la même année, M. *Séglas* lit à la société médico-psychologique, l'observation d'une femme atteinte de mélancolie à forme dépressive (Obs. XX). Cette femme présente en outre de l'exophtalmie et de la tachycardie, mais le goître fait complètement défaut. L'examen électrique ayant montré chez la malade une notable dimininution de la résistance, on put dès lors affirmer le diagnostic du goître exophtalmique. Ce qui fait l'intérêt principal de cette communication, c'est précisément la diminution de la résistance électrique chez une femme exophtalmique, mais mélancolique alors que, d'après les recherches d'Aug. Vigouroux la résistance électrique est toujours augmentée chez les mélancoliques.

Jacquin, dans une thèse soutenue devant la faculté de Montpellier en 1891, trouve chez certains exophtalmiques délirants les caractères des délires qui surviennent à la suite de troubles graves de la nutrition (fièvre typhoïde, cachexie de la tuberculose). Le goître exophtalmique entraînerait d'après lui, un état géné-

ral mauvais, mettrait la cellule cérébrale dans un état de faiblesse tel que l'aliénation mentale éclaterait alors même que le terrain ne serait pas préparé. Il admet l'existence d'observations dans lesquelles « l'aliénation mentale est de nature goître exophtalmique » et il pense qu'il existe des troubles psychiques « tellement particuliers qu'ils pourraient servir à diagnostiquer la maladie ». Pour ce qui concerne les troubles délirants proprement dits, M, Jacquin est d'avis que, si certains délires reconnaissent pour cause une prédisposition héréditaire marquée, d'autre part « le goître exophtalmique que peut créer une aliénation mentale de toutes pièces, aliénation qui survient par le fait des troubles profonds de la nutrition que le goître exophtalmique entraine avec lui, et cela, non seulement chez des prédisposés, mais chez des malades dont les antécédents héréditaires sont nuls. »

En 1872, *Boeteau* consacre sa thèse inaugurale à l'étude des troubles psychiques dans la maladie de Basedow. Il sépare en deux groupes les modifications psychiques qu'on observe chez les exophtalmiques : celles qui sont imputables à la neurasthémie, et celles qui se produisent sous l'influence de maladies mentales surajoutées. D'ailleurs, sous quelque forme qu'elles se produisent, elles sont par leur nature indépendante du goître exophtalmique lui-même. Le facteur étiologique qui joue le rôle prépondérant dans la production de ces délires, c'est l'hérédité, « hérédité similaire ou de transformation qui fait entrer les exophtalmiques, de plain pied, dans l'aliénation mentale. » L'auteur admet

qu'on peut rencontrer toutes les formes de l'aliénation mentale associées à la maladie de Basedow, et que dans ces états morbides les états pathologiques différents gardent leur autonomie, leurs caractères propres,

Le 12 décembre 1892 paraît dans la revue de médecine un important mémoire de MM. *Raymond et Sérieux* ayant pour titre : *goître exophtalmique et dégénérescence mentale.* MM. Raymond et Sérieux rattachent à la dégénérescence mentale un groupe important de symptômes psychiques observés au cours de la maladie de Basedow. A l'appuie de leur thèse, ils fournissent quatre observations. (Obs. I. II. III. IV.) où se trouvent associées la maladie de Basedow et la dégénérescence mentale la plus nettement caractérisée. Cette association, d'ailleurs, n'est pas une coïncidence; elle s'explique par les tares héréditaires dont relèvent les deux ordres de faits ; c'est un exemple de la loi de coexistence simultanée des névroses et des psychoses, et de leur évolution indépendante et parallèle. Les auteurs terminent en concluant : « Le goître exophtalmique est une névrose bulbo-protubérantielle constituée par l'exagération et la permanence des phénomènes physiologiques de l'émotion. C'est une anomalie psychique, l'émotivité, qui est à la base de la maladie. Celle-ci n'est souvent qu'un cas particulier des troubles fonctionnels qui, chez les dégénérés, frappent tel ou tel groupe des centres corticaux, bulbaires ou spinaux. Il s'agit dans l'espèce d'une véritable déséquilibration des centres vaso-moteurs qui coexiste souvent avec des troubles analogues du

côté des autres centres de l'axe cérébro-spinal ».

Impaccianti, en 1893, rapporte à la Société Médicale des hôpitaux de Rome l'histoire d'une malade de trente ans, avec hérédité psychopathique et inversion sexuelle, qui, dans le cours d'une pneumonie croupale droite, perdit la parole, en présentant, d'autre part, une augmentation du corps thyroïde et une légère exophtalmie (Obs. XXVII). Le plus complet mutisme avait fait place à une loquacité exagérée avec coprolalie, hallucinations, et une tendance à chanter et à déclamer toute la journée. Avec l'apparition d'un autre foyer de pneumonie à gauche, vinrent se montrer de nouveaux troubles, tremblement des mains, mydriase, léger strabisme. La pneumonie entra lentement en résolution tandis que s'aggravaient les accès maniaques, si bien qu'on dut placer la malade dans un asile d'aliénés. Trois mois après les troubles psychiques avaient complètement disparu ; mais la malade présentait encore une légère exophtalmie, une augmentation de volume du corps thyroïde, et le tremblement des mains. Impaccianti conclut :

« 1° La manie peut suivre ou accompagner une maladie infectueuse Pneumonie, typhus, variole, malaria, et peut surgir dès le commencement, à l'acmé, ou à la défervescence. »

« 2° La maladie de Basedow peut survenir dans le cours d'une maladie infectieuse grave. Il s'introduit par cela même dans le cadre clinique de la maladie existante d'autres phénomènes qui, s'ils n'étaient pas rattachés à leur cause véritable pourraient faire porter

un diagnostic plus grave qu'il n'est en en réalité. Telles furent par exemple chez notre malade, la dyspnée et la tachycardie. »

Greidenderg consacre à l'étude des troubles psychiques dans la maladie de Basedow, un long mémoire paru dans le messager de Psychiatrie médico-légale et de neuropathologie du Dr Merjewski. Après avoir retracé l'historique de la question, il discute spécialement l'opinion récemment émise par MM. Raymond et Sérieux sur la pathogénie du goître exophtalmique. « Il trouve beaucoup de charme à cette théorie uniciste, mais il ne peut l'admettre sans réserve. » A l'appui de ses affirmations il cite deux observations, dont l'une (Obs. IX) confirme la théorie de MM. Raymond et Sérieux, et dont l'autre (Obs. XIX) lui est complètement opposée. « Cette nouvelle étude sur la pathogénie de la maladie de Basedow, en particulier sur les troubles psychiques dans cette maladie, aura à subir assez de contradictions au point de vue clinique, puisque toujours on rencontrera des cas qu'il sera impossible ou très difficile d'interpréter de cette façon. »

Kronthal, enfin, a publié dernièrement l'observation très intéressante d'une fillette de douze ans qui fut prise à peu près à la même époque de goître exophtalmique et de troubles psychiques. (Obs. VII). Chez cette malade, dont la mère présente une forme fruste de goître exophtalmique, la déséquilibration mentale est évidente, et les stigmates psychiques sont caractérisés par des doutes très accentués.

Kronthal insiste sur la rareté du goître exophtal-

mique chez l'enfant, puisqu'il ne peut en citer qu'une douzaine de cas; mais il croit que chez eux les troubles psychiques sont plus fréquents qu'on ne l'admet en général. Il fait observer, en outre, que la maladie de Basedow est presque toujours associée à l'hystérie chez la femme, à la neurasthénie ou à l'hypochondrie chez l'homme.

Ajoutons que M. le Professeur *Joffroy* dans une toute récente publication sur la nature du goître exophtalmique s'exprime de la façon suivante au sujet des rapports de la folie avec cette affection : « Le goître exophtalmique peut s'associer avec la folie sous diverses formes... Tantôt en note des hallucinations, des illusions sensorielles, des idées de persécutions généralement vagues et non systématisées ; plus souvent on observe des accès soit de manie, soit de mélancolie... La folie qui se montre au cours de la maladie de Basedow ne peut à aucun titre être considérée comme lui appartenant mais seulement comme une association morbide. Les conditions anormales de circulation cérébrale et les anomalies de la nutrition qui existent chez les Basedowiens peuvent, du reste, être regardées comme constituant une circonstance très favorable au développement d'une prédisposition vésanique. C'est ce qui explique pourquoi, dans la maladie de Basedow, on n'observe pas une seule forme d'aliénation mentale, mais des formes nombreuses et variées qui présentent cependant un caractère commun, c'est qu'elles appartiennent aux psychoses héréditaires, en d'autres termes, qu'elles ne se développent que chez des prédis-

posés. La maladie de Basedow est insuffisante à créer la folie chez un malade à cerveau normal.

Cet historique que nous avons fait aussi complet que possible, nous montre que l'accord est loin d'être fait, au sujet des rapports qui existent entre le goître exophtalmique et les troubles psychiques observés au cours de cette affection. Nous pouvons réduire à trois principales les opinions qui ont été émises :

1° Les troubles psychiques qui surviennent au cours de la maladie de Basedow, font partie intégrante de la symptômatologie de la névrose. Il y a une *folie du goître exophtalmique.*

2° Certains troubles psychiques et certains délires qu'on observe dans le cours du goître exophtalmique doivent être rattachés à d'autres névroses ou aux différentes formes d'aliénation mentale qui leur sont fortuitement associées. *Il n'y a pas de folie spéciale au goître exophtalmique.*

3° La plupart des désordres mentaux qui sont si fréquents chez les exophtalmiques sont marqués au coin de la dégénérescence mentale. Il existe tout un groupe de troubles psychiques, depuis les plus légères modifications du caractère jusqu'aux délires les plus accentués qui relèvent *de la folie des héréditaires dégénérés.*

C'est cette dernière opinion que nous admettons. Nous essaierons de prouver que la majorité des malades dont nous citons les observations sont des dégénérés, et que le goître exophtalmique et les troubles psychiques n'ont de commun que le terrain sur lequel ils évoluent.

III

Les héréditaires dégénérés

Les héréditaires dégénérés constituent une famille à caractères propres et nettement définis, qui la distinguent de toutes les autres espèces morbides. On comprend sous cette dénomination non pas tous les dégénérés, mais un groupe seulement de dégénérés dont nous allons rapidement retracer le tableau clinique.

Et d'abord, l'*hérédité* a chez ces malades une importance capitale. Il ne s'agit pas là, en effet, de l'hérédité banale, dissemblable qui préside à l'étiologie de toutes les psychoses, et joue le seul rôle de cause prédisposante, mais d'une hérédité presque toujours *similaire*, qui donne aux sujets qui en supportent le poids une physionomie toute spéciale. Dès leur enfance, ces sujets présentent des anomalies morales et intellectuelles qui les distinguent et les rangent dans une classe à part et permettent de reconnaître chez les descendants les imperfections et les défauts des ascendants.

Ainsi, hérédité et avant tout hérédité similaire, voilà un premier facteur et non le moins important. Est-ce à dire toutefois qu'il soit indispensable ? Assurément non. Chez des sujets manifestement dégénérés, l'ob-

servation la plus minutieuse ne révèle aucune tare héréditaire. C'est alors que de nouvelles conditions étiologiques acquièrent une importance capitale. C'est, pour Christian, l'état des parents au moment de la conception ; ce sont, pour Bouchereau, des affections développées pendant la vie fœtale ; ce sont, pour Cotard les maladies infectieuses du premier âge.

Le terrain ainsi préparé porte une marque bien spéciale. Les malades se présentent sous un aspect clinique qui est pour ainsi dire spécifique de l'état de dégénérescence, et que M. Magnan désigne sous le nom de *déséquilibration mentale.* Les dégénérés sont à la fois des héréditaires et des déséquilibrés. Cette déséquilibration est le résultat d'un défaut d'harmonie entre les diverses facultés mentales d'une part, entre les facultés morales et les opérations intellectuelles proprement dites d'autre part ; c'est en un mot le défaut d'équilibre du caractère et de l'intelligence. Chez certains sujets le moral est parfait, mais certaines aptitudes intellectuelles, certaines facultés font entièrement défaut ; chez d'autres l'intelligence est parfaite, mais le moral est défectueux. Chez la plupart des dégénérés, la déséquilibration mentale est évidente, chez d'autres elle reste à l'état latent ; des individus d'ordinaire bien pondérés, intelligents, moraux, deviennent des déséquilibrés sous l'influence de la moindre cause déterminante.

Cette désharmonie peut porter sur tous les centres de l'axe cérébro-spinal, et, de la déséquilibration de ces différents centres naissent un groupe important

de phénomènes, de *stigmates psychiques* désignés par M. Magnan sous le nom de *syndromes épisodiques* ; ceux-ci se manifestent sous forme *d'obsessions, d'impulsions,* de *phénomènes d'arrêt.* Nous leur consacrerons plus loin un chapitre spécial ; aussi nous contenterons-nous d'en donner ici un aperçu général. Dans quelques cas, c'est la volonté qui n'exerce plus son action modératrice sur certains centres ; dans d'autres circonstances ces centres se trouvent dans un état d'héréthisme tels qu'ils échappent ainsi à l'influence normale de la volonté ; d'autres fois, enfin, ce sont des centres différents dont l'équilibre est rompu. Aucun centre, d'ailleurs, n'échappe à cette déséquilibration. Les centres corticaux aussi bien que les centres bulbo-protubérantiels ou spinaux, les centres de la vie de relation aussi bien que ceux de la vie végétative peuvent être faussés de diverses manières.

Signalons encore d'autres stigmates, les *stigmates physiques*. D'une façon générale, ils sont dus à des arrêts, à des excès ou à des anomalies de développement. Tantôt ce sont des troubles nettement apparents à l'extérieur, tels la polydactylie, l'hypospadias, la gynécomastie. Tantôt la conformation extérieure est normale, et c'est l'ophtalmoscope qui révèle au clinicien sagace des anomalies du fond de l'œil, des pigmentations anormales de la chroïde une émergence irrégulière de l'artère centrale de la rétine.

Enfin, ces déséquilibrés à stigmates psychiques et physiques sont particulièrement aptes à *délirer*, et, lorsqu'ils délirent, c'est d'une façon qui leur est abso-

lument spéciale, et qui, en l'absence même de tout autre signe, permet de déceler leur état de dégénérescence. Les dégénérès transforment et modifient tout ce qu'ils touchent pour l'adapter à leur état mental antérieur, aussi leurs délires ont ils tantôt l'instabilité de la déséquilibration, tantôt la ténacité des idées obsédantes.

Nous ne voulons pas d'ailleurs insister sur les différentes formes que peuvent revêtir les délires des dégénérés, car nous aurons plus loin l'occasion de le faire en détail. Qu'il nous suffise de les caractériser ici par ces quelques mots : Brusquerie du début et de la terminaison, polymorphisme de l'aspect clinique, irrégularité absolue dans la marche.

On conçoit qu'il puisse exister des degrés dans l'état de dégénérescence des héréditaires, suivant qu'ils portent des lésions plus ou moins étendues, ou que leur déséquilibration dérive de troubles purement fonctionnels. On peut les diviser avec M. Magnan en quatre groupes : les *idiots*, les *imbéciles*, les *débiles* et les *dégénérés supérieurs*.

L'idiot occupe le bas de l'échelle ; il est dénué de toute perception sensorielle et réduit à la vie végétative. C'est un être purement instinctif. Chez lui, le cerveau antérieur est annihilé et le cerveau postérieur compromis par des lésions dont la nature et l'étendue varient à l'infini ; ce qui explique la multiplicité d'aspect de son état mental.

L'imbécile est un peu moins deshérité. Ce n'est plus un être instinctif confiné dans le cerveau posté-

rieur, l'influence de la sphère psycho-motrice commence à se faire sentir chez lui. Certains centres de la région antérieure deviennent libres, ce qui explique les aptitudes particulières qui, utilisées et développées par des éducateurs habiles ont élevé certains imbéciles au rang de *génies partiels*.

Chez le *débile*, on n'observe plus que des modifications morphologiques. Les lésions macroscopiques n'existent plus ; ce sont des dégénérés qui jouissent de toutes leurs facultés, mais amoindries et viciées de diverses façons.

Chez le *dégénéré supérieur*, enfin, le système cérébro-spinal est normalement conformé, au moins en apparence. Il n'existe plus chez lui que des troubles fonctionnels, ou du moins, les lésions, s'il en existe, ont échappé jusqu'à présent aux moyens d'investigation dont nous disposons. C'est à celui-là, surtout, que convient l'épithète de déséquilibré. Il se reconnait à l'instabilité, à la mobilité, à la versatilité de ses penchants et de ses instincts ; ce n'est, le plus souvent, qu'un original aux yeux du monde.

IV

Goître exophtalmiqne et stigmates psychiques de dégénérescence

Les observations suivantes nous montrent des malades chez lesquelles le goître exophtalmique s'accompagne des stigmates psychiques de dégénérecence les mieux caractérisés. Les syndromes épisodiques des dégénérés, qui ne sont autre chose que la plupart des monomanies d'Esquirol, sont une des nombreuses manifestations de la déséquilibration mentale. Ils ont tous des caractères généraux qui leur sont communs, et ne diffèrent entre eux que par la forme. Chacun d'eux peut se réduire à l'un des phénomènes suivants : *obsession*, *impulsion* ou *phénomènes d'arrêt*. Ces termes, associés ou isolés, sont à la base de tout syndrome. Les dégénérés de cette catégorie sont avant tout des obsédés, tel l'onomatomane, qui, hanté par la recherche angoissante d'un mot, n'a de repos que lorsqu'il l'a enfin trouvé. Le plus souvent, ils sont à la fois obsédés et impulsifs, comme le dipsomane qui, tourmenté par l'idée de boire, est poussé irrésistiblement à le faire. Enfin l'aboulie nous fournit un exemple de ce que M. Magnan désigne sous le nom de

phénomène d'arrêt. Dans ce cas, les malades, tout en restant conscients, perdent la faculté d'agir librement, l'impulsion nécessaire à l'accomplissement de l'acte fait defaut : telle est cette femme qui, ayant le désir d'écrire une lettre, en commence dix sans pouvoir les finir.

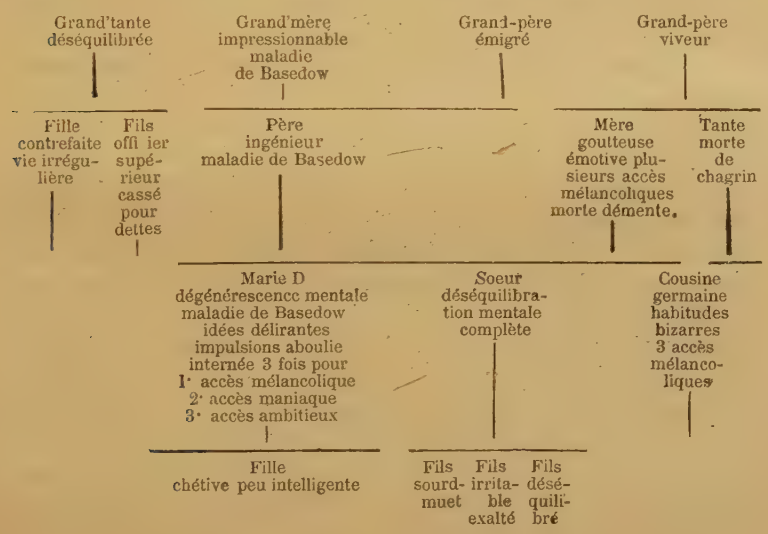
Ces obsessions, ces impulsions et ces phénomènes d'arrêt présentent des caractères qui sont constants. C'est d'abord l'*irrésistibilité*. L'obsession s'impose avec une telle force, que les malades ne peuvent s'y soustraire, et se livrent, malgré eux, à l'accomplissement des actes les plus extravagants. Mais ce n'est pas sans lutte qu'ils succombent ; ils ont conscience de leur état et de leur impuissance, et, du sentiment de cette impuissance, résulte *l'angoisse*, une souffrance morale inexprimable, inséparable de toute manifestation syndromique. En même temps que l'angoisse, il existe une véritable anxiété précordiale qui peut atteindre un degré tel que le visage se congestionne et se couvre de sueur. Aussi, conçoit-on que, l'acte une fois accompli, quelque bizarre ou quelque immoral qu'il ait été, le malheureux éprouve une *satisfaction* réelle, qui est comme la crise de l'accès qu'il vient de subir.

Tous ces caractères, nous allons les retrouver dans les nombreux stigmates psychiques que présentent nos malades. Nous trouverons en outre des stigmates physiques et des tares héréditaires qui nous permettront d'affirmer que nous sommes en présence de dégénérés.

Observation I. (Raymond et Sérieux, *Revue de médecine*, 10 décembre 1892).

Tares héréditaires. — Hérédité convergente et similaire. — Dégénérescence mentale. — Déséquilibration. — Scrupules. — Emotivité extrême. — Exaltation. — Surmenage. — Chagrins. — Maladie de Basedow; tachycardie; exophtalmie; goître; tremblement; crises diarrhéiques. — Syndromes épisodiques; terreurs morbides; arithmomanie; clanstrophophie; impulsions à frapper, à se déshabiller, à acheter; aboulie; absence d'appétit sexuel; allures et aptitudes masculines. — Trois accès délirants en un an : 1° accès mélancolique passager; 2° accès d'excitation maniaque; 3° accès de délire ambitieux.

Marie D... âgée de quarante ans, entre à Sainte Anne (service de M. Magnan), en janvier 1888. C'est une artiste d'un talent supérieur, d'une intelligence vive, mais complètement déséquilibrée. Les tares psychopathiques abondent dans sa famille.



Antécédents héréditaires. *Ligne paternelle.* — Père, ingénieur, a occupé en Russie une situation considérable. C'était un viveur. Il avait de l'exophtalmie et des palpitations. Grand-père, émigré, directeur d'une manufacture importante. Grand' mère, très impressionnable ; avait également des palpitations et de l'exophtalmie. Elle est morte d'un anévrysme.

La sœur de cette dernière était mal équilibrée, elle négligeait sa famille, était désordonnée, prenant une chaise pour alimenter sa cheminée, etc.

Elle poursuivait le roi de ses pétitions, postant sur son passage ses filles vêtues de blanc, pour lui présenter des placets. L'une de celles-ci, contrefaite à mené une existence irrégulière : un fils, officier supérieur, a été cassé pour dettes.

Ligne maternelle. — Mère, goutteuse. Avait quarante-quatre ans à la naissance de la malade ; très-insouciante et frivole. A eu plusieurs accès de dépression mélancolique, dont un d'une durée de six mois, alors qu'elle était enceinte de la malade. Un jour, traversant un fleuve gelé, la glace se rompit derrière elle ; depuis, elle restait parfois fort longtemps sur la rive sans pouvoir se décider à franchir la rivière ; maintes fois il lui a fallu y renoncer. Elle est morte démente à quatre-vingt-quatre ans. Tante est « morte de chagrin dans l'anéantissement ». La fille de celle-ci a toujours eu des manies singulières, collectionnant des objets de rebut (vieux bouchons, etc.), se privant de tout, elle et ses gens, pour distribuer son argent aux autres. A partir de soixante ans, elle a eu à trois reprises des accès de délire mélancolique. Grand'père viveur.

La sœur de la malade a la réputation d'une folle ; elle est en réalité complètement déséquilibrée : existence irrégulière jusqu'au mariage, instabilité extrême, insouciance, désordre. Dénuée de sentiments affectifs à l'égard des siens, elle montre un amour excessif pour les animaux dont elle se plaît à s'entourer ; elle a des élans irréfléchis de philanthropie, qui lui font abandonner sa famille pour aller soigner des étrangers. Pendant le siège elle recueille, chez elle, une inconnue avec 6 enfants ; mais

elle ne s'occupe pas de l'instruction et de l'éducation des siens. Elle est criblée de dettes, gaspille sans cesse d'une façon tout-à-fait extravagante. Pour obtenir le divorce elle a fait une dénonciation calomnieuse contre son mari, l'accusant de contrefaire des billets de banque. De ses enfants, l'un est sourd-muet, l'autre exalté, instable, fait en Amérique des « cures merveilleuses par le magnétisme » ; un troisième n'a pu s'occuper d'une façon suivie. La fille de la malade est chétive, peu intelligente.

Antécédents personnels. — Mme D.. dont le développement dans la première enfance avait été assez lent (retard dans l'apparition de la parole), eut, à l'époque de sa première communion, des scrupules ; elle s'imaginait sans cesse avoir commis quelque faute. Plus tard, il lui arriva de ne point communier, obsédée qu'elle était par la crainte d'avoir quelque péché à se reprocher. Elle croyait également à cette époque que tout le monde la détestait. Pas de maladies dans la jeunesse, sinon des névralgies temporales.

Toute sa vie elle s'est surmenée : très-passionnée pour son art, elle dormait peu et travaillait sans cesse ; elle avoue être incapable de garder aucune mesure.

Mariée sans amour à un artiste, déséquilibré comme elle, déjà père d'enfants idiots, la vie conjugale ne fit que fournir un nouvel appoint à sa surexcitation cérébrale : elle commet des excès vénériens, devient très-irascible, « pleure nuit et jour. »

C'est il y a huit ans, pendant une grossesse, que se sont montrés les premiers signes du goître exophtalmique ; des palpitations surviennent, son cou se met à grossir, ses yeux deviennent saillants.

Depuis six ans, la peau qui avait toujours été brune prend une teinte bronzée ; parfois apparaissent des bouffées de chaleur, de l'effondrement des jambes, des fringales, des diarrhées incoercibles, indolentes, qui se produisent spontanément et durent quelques jours ; à la moindre émotion se produit un tremblement très-accentué.

Mme D... a toujours fait preuve d'uu grand dévouement ; charitable, désintéressée, elle a su conserver de hautes amitiés.

Pendant le siège elle soignait les blessés ; elle aurait, parait-il, refusé la croix qu'on lui proposait. D'une nature énergique, elle tient la tête de son enfant pendant qu'on lui pratique la trachéotomie. Une fois qu'elle eut gaspillé le peu que lui avait laissé son mari, elle se trouva dans une situation précaire, obligée d'emprunter çà et là : elle n'en restait pas moins prodigue sans mesure avec ceux qu'elle aimait. Peu à peu sa surexcitation s'accrut ; ses idées religieuses tournèrent au mysticisme ; on la vit, aux bains de mer, engager un procès ridicule avec ses fournisseurs.

En 1887, fatiguée par les difficultés et les épreuves quotidiennes d'une existence sans direction, elle se livre avec plus d'ardeur à des pratiques religieuses ; puis se fait des reproches, craint d'être envoyée à Saint-Lazare pour ses dettes : pendant un temps elle eut conscience de son état de désarroi moral : « Rendez-moi la raison, disait-elle, je sens que je la perds. » En juillet elle s'imagine être en butte à des machinations de la part de son entourage ; elle croit surprendre une amie de sa mère, qui la loge, pratiquant des attouchements sur sa fille âgée de cinq ans.

Elle se livre à des voies de fait, court les rues jusqu'à une heure assez avancée, son enfant sur les bras, et va se réfugier dans un hôtel ; la nuit, elle crie au feu. Internée dans une maison de santé, elle y arrive très exaltée, avec des hallucinations de l'ouïe, de la vue. Elle a des terreurs imaginaires, croit son enfant mort, s'imagine qu'on veut abuser d'elle, s'agite, refuse de s'alimenter, fait une tentative de suicide. Trois semaines après, cette bouffée délirante avait disparu.

En décembre de nouveaux troubles surviennent : l'exaltation va grandissant ; Mme D... croit qu'on cherche à pénétrer dans son appartement, lance des invitations pour une réunion tout imaginaire, fait des préparatifs pour un voyage à Naples ; oublie sa fille chez un coiffeur, puis, dans un hôtel, s'écrie qu'on lui a volé son enfant, porte plainte et enfin arrive à Sainte-Anne.

A l'asile, son état d'excitation intellectuelle ne tarde pas à s'amender: elle conserve des idées de persécution, prétend que sa famille l'a fait interner pour lui enlever la clientèle de ses élèves. Les lettres nombreuses qu'elle écrit sans cesse, témoignent de sa mobilité d'humeur et de son instabilité : « Que Dieu me laisse la direction de ma fille et éloigne à jamais mes ennemis qui sont ma mère et ma belle-sœur... » Puis quelques instants après : « Ma chère amie, j'ai une envie folle d'une bouteille de champagne, vous me feriez le plus grand plaisir du monde de m'en apporter une et de la cacher sous votre manteau. Je pleure jour et nuit... » Quelques heures après, une autre lettre : « Si M. votre mari est heureux à la chasse, je vous demande de m'envoyer un petit lapin avec tout ce qu'il faut pour le faire cuire... Je suis internée à Sainte-Anne pour mes étrennes; est-ce ma mère qui a quatre-vingt-qnatre ans, ou bien plutôt la famille B... jalouse de mes succès, je l'ignore ?... Ne suis-je pas toujours sur la croix depuis bientôt dix ans, je commence à avoir une telle lassitude de la vie, que la mort serait la bienvenue ».

Son caractère mobile, excentrique, se révèle à chaque instant : elle fait des projets irréalisables, s'enthousiasme et se lamente, se montre tour à tour souriante et alarmée. Elle est au désespoir d'être sans nouvelles de sa fille ; mais elle chante néanmoins avec gaîté ; elle pense à se remarier, et c'est de Sainte-Anne qu'elle entreprend une correspondance régulière avec celui qu'elle veut épouser. Elle fait des promesses à tous ceux qui l'entourent, malades et infirmières : elle se propose de fonder un lit à l'asile, oubliant qu'elle est dans la nécessité. Elle demande comme une grâce d'assister aux conférences de médecine mentale : « elle s'habillera en homme s'il le faut, dit-elle, ce ne serait pas la première fois ». Elle s'occupe de mariage entre ses amies et les employés de l'asile. A sa sortie elle fera fermer le couvent qui a recueilli sa mère et fera séquestrer sa sœur. On lui demande quel livre elle veut lire, elle répond : « la Philosophie de Leibnitz ; » puis elle avoue avoir une envie folle d'un gardénia, elle donnerait sa fortune pour en avoir un.

Un instant après, elle confie qu'elle a passé une nuit d'insomnie : elle a dit des prières à l'intention d'une personne qui lui est chère, puis des scrupules l'ont obsédée ; elle démêlait dans ses vœux une part d'égoïsme ; alors il lui a fallu recommencer ses oraisons ; enfin elle demande à voir l'aumonier.

Mme D... est une femme de taille au-dessus de la moyenne, très maigre, à physionomie toute masculine. Elle présente des nodosités au niveau des articulations des premières et deuxièmes phalanges comme son père, auquel elle ressemble dit-elle, au physique comme au moral. On est frappé au premier abord par une exophtalmie assez accentuée ; le goître n'est pas très développé, le pouls est à 96. Pas de signes de tabes ni d'hystérie. (L'examen du champ visuel n'a pas été pratiqué).

Mme D. le calme une fois rétabli, peut nous faire connaître les particularités d'un état mental pathologique dont elle a conscience. Elle reconnaît être d'une émotivité extrême qui la rend tributaire de la température, d'un rayon de soleil ; un rien l'abat ou l'excite. La moindre émotion, la vue d'une personne sympathique la trouble : sa sensibilité excessive se satisfait dans les démonstrations d'amitié très-affectueuses, dans les embrassements prolongés dont elle est prodigue, dans les cadeaux et les prévenances dont elle accable ses amis. Son langage trahit sa tendances à tout exagérer ; elle emploie sans cesse les expressions : « adorable..... canaille. »

L'idée de mourir se présente chez elle au moindre prétexte, quand elle a mal à la tête. Elle aime à se poser des questions sur la vie future ; la métempsychose la préoccupe ; elle sent à ses côtés les morts qui lui sont chers ; elle s'est occupée de spiritisme ; elle a une religion à elle : « nous irons revivre dans une autre planète pour approcher de la perfection, » etc.

Mme D. nous donne quelques détails sur les idées obsédantes et les impulsions qui la tourmentent depuis longtemps. Elle a, dit-elle, une peur effroyable quand il lui faut traverser la place Saint-Augustin ; elle se met à trembler, dans l'impossibilité complète d'avancer, elle doit demander le bras d'un passant pour

sortir d'embarras ou faire un grand détour pour éviter la place. Il ne sagit pas là d'agoraphobie ; l'angoisse provient d'une idée obsédante, d'un pressentiment qu'elle a d'être écrasée sur cette place, et ne se produit pas en d'autres endroits. Elle a en outre facilement le vertige, par exemple étant montée sur un âne ; elle a grand peur du vide, il lui est impossible de monter sur une hauteur sans éprouver une sensation bizarre ; « il lui semble qu'elle va accoucher ; elle a mal à la matrice » ; sa mère éprouvait les mêmes phénomènes. Mme D. n'aime pas séjourner dans des pièces étroites ; elle fait abattre les cloisons de ses appartements, n'est à son aise que quand les fenêtres sont ouvertes ; dans une loge de théâtre elle éprouve un sentiment de malaise et doit changer de place. Il lui est également impossible de rester dans une chapelle souterraine sans oppression. S'agit-il là de claustrophobie véritable ou de phénomènes liés à la maladie de Basedow (sensation de chaleur dyspnée) ? La chose est difficile à élucider.

Il existe également de l'arithmomanie :

Mme D. se sent poussée à compter les dessins du papier des murs ; dès son arrivée à l'asile, elle s'est mise à compter les carreaux ; quand elle les a dénombrés un par un, elle les compte deux par deux, puis quatre par quatre. Elle en connaît le chiffre exact ; elle sait qu'il y en a 72 à telle série de fenêtres. Quand elle découvre une fenêtre dont elle ignorait l'existence, elle en compte les carreaux : « Je ne le veux pas, dit-elle, et je le fais cependant ; » parfois pour s'empêcher de compter, elle dit son chapelet. Quelquefois elle est poussée à prononcer toute une série de chiffres et n'est satisfaite qu'une fois arrivée à 100. Elle lutte, mais succombe souvent.

D'autres impulsions surviennent, plus bizarres et plus impérieuses. Un jour son médecin devant l'ausculter, elle est poussée à se déshabiller presque complètement devant lui, elle se rendait compte de ce que cet acte avait d'insensé, mais elle ne pouvait y résister. Ce fait s'est renouvelé à deux reprises.

Une autre fois, c'est malgré elle pour ainsi dire qu'elle fait

certaines confidences, tout en se blâmant de son excès de confiance. Le jeu l'attire ; un jour étant avec son fils à une table de jeu, elle se sent poussée d'une façon impérieuse à jouer, si elle eût été seule, elle aurait joué toute sa fortune.

Elle n'a pas voulu y retourner une deuxième fois, se défiant d'elle même : « Je me connais, je n'y résisterais pas. » A l'asile, agacée pendant la nuit par les cris d'une malade, elle a un désir violent de la battre, elle y résiste, mais l'obsession persistant le matin, il lui faut la satisfaire, et elle va frapper sa voisine sur la main.

Dans la période d'épuisement et de malaise qui précéda de plusieurs mois son internement, elle souffrit, pendant plusieurs semaines, d'une aboulie très-nette. Elle commence 10 lettres sans pouvoir les finir, elle a bien la volonté d'écrire, mais elle ne peut le faire. La lutte se prolonge jusqu'à 2 heures du matin, et elle se couche sans les avoir écrites. Elle veut aller à l'église, elle ne peut : « c'était une impuissance complète, une sensation horrible ».

Elle prend une voiture, voulant aller offrir un bouquet à son médecin, il lui est impossible d'en donner l'adresse qu'elle sait et qu'elle voudrait donner. On lui ordonne de la viande crue ; très désireuse de suivre son régime, elle ne peut donner à sa bonne l'ordre de lui apporter la viande. Au moment de sortir, elle ne peut se décider à mettre son chapeau ; elle lutte longtemps, « souffrant énormément ». Elle en était arrivée à ne pouvoir se laver ; elle mettait l'eau dans la cuvette et restait devant, attendant, impuissante ; son mari la stimulait, elle répondait : « Je ne puis pas ». Elle a lutté trois jours avant de se décider à aller voir son médecin : elle descend, puis remonte chez elle ; le quatrième jour, à 6 heures du matin, elle part. A son arrivée, elle est dans un tel trouble qu'elle peut à peine s'expliquer : quand vient le moment de prendre congé, elle ne peut le faire, elle prolonge sa visite, sans motif, d'une façon exagérée. Elle redoute parfois d'entrer dans un magasin, ne pouvant se décider à une acquisition quelconque et craignant de lasser la patience des

marchands. Elle a eu pendant 6 mois besoin d'une jupe sans pouvoir se résoudre à l'acheter ; elle a dû prier une amie de le faire pour elle.

A côté de ces phénomènes d'aboulie, elle a eu, à d'autres époques, des impulsions à acheter ; elle éprouvait une satisfaction intense à faire des achats, empruntant pour des acquisitions inutiles, luttant contre son impulsion ; mais plus d'une fois en vain ; il lui fallait résister pour ne pas acheter tout ce qui lui plaisait. Une fois rentrée chez elle, il lui est arrivé de renvoyer toutes ses emplettes.

Son appétit est également déséquilibré : Mme D. a des fringales paroxystiques se produisant après une période de surmenage de tristesse et durant plusieurs jours. Elle n'a pas alors d'aliments préférés, elle est satisfaite « pourvu qu'elle se bourre ». Si elle résiste à son besoin, il lui semble qu'elle va s'évanouir ; sa faim est parfois insatiable et se réveille une heure après les repas. Cette boulimie ne paraît pas devoir être rattachée au goître exophtalmique, car elle existait longtemps auparavant.

Au point de vue sexuel, Mme D. est également singulière. Nature masculine, elle a de l'homme la taille, la physionomie et une énergie toute virile. Elle n'a jamais rien eu des goûts et des préoccupations de son sexe. Elle n'a point, étant enfant, pris plaisir aux jeux habituels des petites filles, leur préférant les amusements bruyants des garçons. Elle a toujours aimé la société des hommes, mais seulement au point de vue intellectuel, et parce qu'elle se trouvait avec eux en communion d'idées et de sentiments. Elle aurait voulu être homme pour étudier les sciences. Bien que chez elle les sentiments affectifs prennent une intensité exagérée, qu'elle aime avec passion, en véritable obsédée, elle n'a, dit-elle, jamais éprouvé de désirs sensuels : c'est un amour purement psychique. Les relations sexuelles l'ont toujours laissée indifférente. Sa mère lui ressemblait sous ce rapport.

Mise en liberté après quelques mois de séjour à Ste Anne, Mme D. ne tarda pas à y revenir à la suite d'actes excentriques

commis sur la voie publique. Elle manifeste à cette troisième entrée des idées ambiteuses très caractérisées : elle se dit petite fille de l'empereur Nicolas, signe ses lettres princesse d'H..... et propose à tous les puissantes protections dont elle dispose.

Elle a succombé peu de temps après cette troisième séquestration.

Observation II. (Raymond et Sérieux, *Revue de médecine*, 10 décembre 1892)

Tares héréditaires nombreuses. Déséquilibration mentale. — Stigmates physiques de dégénérescence : asymétrie faciale, anomalie des mâchoires, etc.

Signes psychiques : émotivité, craintes obsédantes (peur des couteaux, des verres, du vide, de la mer, crainte d'être enfermée ; d'être écrasée par les montagnes, doutes).

Obsessions hypochondriaques (arrêt du cœur, mort subite). — Automatisme de certains centres spinaux : contractions cloniques du grand oblique, des muscles de la cuisse du côté droit. — Hoquet. — Neurasthénie. — Triade symptomatique du goître exophtalmique : goître, exophtalmie, tachycardie ; tremblement. — Amélioration des symptômes du goître par l'électricité ; aggravation des troubles émotifs.

Mme X., trente-deux ans (soignée par l'un de nous depuis plusieurs années).

Antécédents héréditaires. — La mère de Mme X., était neurasthénique au plus haut degré. Le père, mort vers l'âge de quarante ans, était un débauché, entaché d'alcoolisme chronique. Le grand-père maternel a laissé la réputation d'un homme violent, irascible. La grand-mère maternelle était bizarre de caractère, en proie à des obsessions.

Antécédents personnels. — Mme X., a eu des accidents convulsifs dans son enfance. Elle a été menstruée à l'âge de quinze ans, et la fonction menstruelle a toujours été régulière. Orpheline de

bonne heure, elle à été élevée par ses grands-parents maternels. Pendant qu'elle était au couvent, il lui arrivait de pleurer sans motif. A cette époque, elle était déjà trés émotive. Le moindre reproche qu'on lui adressait lui causait une impression profonde. Très-religieuse, il lui arrivait souvent d'avoir des scrupules exagérés. Tous les événements de sa vie lui étaient prétexte à chagrin.

Un peu plus tard, vers l'âge de dix-huit ans, son caractère devient difficile, fantasque. Elle ne s'accordait pas avec ses compagnes. Mariée à l'âge de vingt-deux ans, elle devint bientôt mère d'une petite fille. Quelque temps après le début de sa grossesse, elle fut prise de craintes obsédantes et de préoccupations hypochondriaques. A table, elle n'osait plus se servir d'un couteau, de peur de se blesser, elle avait la crainte, en saisissant un verre, de le voir se briser dans sa bouche. Il lui semblait aussi à cet époque, qu'elle avait des fils dans la bouche qui lui attachaient la langue.

Une année après son accouchement, Mme X. se sentait beaucoup mieux. Pendant deux ou trois ans, elle put vivre de la vie de tout le monde.

Il y a quatre ans Mme X est devenue sujette à des accés de palpitations. Puis des douleurs l'ont prise dans la nuque et dans d'autres régions du corps : côté droit du ventre et lombes. Vers cette même époque, Mme X. ne pouvait traverser seule une grande place, sans être prise de l'horreur du vide ; à chaque instant elle éprouvait une sensation de vertige.

Un peu plus tard, Mme X. conservait des doutes à l'occasion des actes les plus ordinaires de sa vie. Lorsqu'elle avait fait un achat, une fois rentrée chez elle, elle se demandait si elle l'avait payé. Cette préoccupation l'obsédait, et elle ne retrouvait le calme qu'une fois que sa femme de chambre lui avait apporté une note acquitée.

Il lui arrivait aussi, lorsqu'elle était seule, d'avoir peur de traverser les grandes pièces de son appartement.

Une autre préoccupation qui l'obsédait, était de se voir enfer-

mée, et si, lorsqu'elle sonnait ses domestiques, on n'accourait pas immédiatement auprés d'elle, elle était engoissée jusqu'à ce trouver mal. La nuit, elle réveillait quelquefois son mari en sursaut, pour lui dire qu'elle était sur le point de mourir, que son cœur se décrochait, etc. Pour la tranquilliser, il fallait chercher le médecin de la famille, qui avait souvent beaucoup de peine à persuader à la malade que son cœur était bien en place.

Le contact de certains objets, des pêches notamment, était particulièrement pénible pour Mme X. Depuis trois ans les palpitations ont beaucoup augmenté en fréquence, en intensité et en durée. De plus, un nouveau phénomène morbide a fait son apparition. Mme X. a constamment des contractions cloniques du grand oblique de l'abdomen du côté droit. Ces contractions troublent le sommeil de la malade. Mme X. ne peut plus s'habiller elle-même. Elle ne peut plus sortir qu'en voiture, encore est-on obligé de la porter jusque dans la rue.

A partir de cette même époque, les symptômes de neurasthénie ont beaucoup augmenté ; les angoisses, la peur de mourir. et les autres désordres psychiques sont devenus permanents- Mme X. est dans un état de faiblesse générale très grande.

Etat actuel (2 janvier 1889). — Mme X. est de taille moyenne, brune, maigre. Lorsqu'on l'examine alors qu'elle est debout, on est immédiatement frappé par son attitude : elle se tient le corps légèrement penché en avant et très incliné à droite. Elle appuie fortement la main droite contre le flanc du même côté, mais cette pression n'empêche pas que des secousses incessantes, en rapport avec les contractions cloniques du grand oblique, impriment au tronc des vibrations latérales assez étendues.

Mme X. présente une asymétrie faciale très prononcée. Le menton est comme tordu et rapproché du côté droit de la face. Les dents sont longues, mal implantées, en raison des rapports irréguliers des deux mâchoires.

L'œil droit est un peu plus clos que le gauche.

Les deux globes oculaires, légèrement saillants, bombent en avant, sous les paupières légèrement tendues.

Le corps thyroïde est manifestement plus volumineux qu'à l'état normal. Les battements du cœur sont rapides, précipités, au nombre de 130 à la minute. L'auscultation, la percussion et la palpation ne décèlent aucun signe de lésion organique du cœur.

Quand la malade tient ses mains étendues, on constate que celles-ci sont agitées par un léger tremblement vibratoire, à oscillations verticales, rapides (8 à 9 à la seconde).

Quand on examine la malade couchée sur un canapé et déshabillée, on est à même de bien observer les contractions cloniques du muscle grand oblique de l'abdomen, du côté droit. La main appliquée à plat au niveau du muscle perçoit les contractions violentes de ce dernier. Il ne nous a pas été possible de savoir si ces contractions s'étendent pendant le sommeil. D'après le dire de la malade, ces contractions s'étendent quelquefois aux muscles du thorax et de la cuisse, à droite, mais pendant très-peu de temps.

Par moments, la malade à des crises de hoquet. La sensibilité cutanée est normale. Il n'existe pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie.

La malade se plaint de ressentir, dans la région de l'occiput et de la nuque, des douleurs très-pénibles. Il existe en outre un point douloureux au niveau de l'ovaire droit et un autre au creux épigastrique. Lorsque, dans l'une de ces deux régions, on se borne à toucher la peau, on ne développe pas de douleur; pour réveiller ou plutôt pour exaspérer la douleur (car celle-ci est permanente), il faut exercer une pression tant soit peu profonde. On constate, en outre, l'existence de zônes douloureuses profondes au niveau des reins.

L'examen des autres organes ne nous a rien révélé d'anormal. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Les digestions étaient relativement bonnes, l'appétit modéré. Insomnie habituelle. La malade cherche, par tous les moyens possibles, à réfréner les contractions de son grand oblique.

Elle se plaint amèrement de sa situation, pleure abondamment. Elle n'ose plus sortir de chez elle, et cependant elle mar-

che sans grande difficulté. Elle se préoccupe beaucoup de son état; elle ne voit pas de guérison possible. Elle est convaincue qu'elle va mourir subitement, elle en est sûre, etc.

Une autre préoccupation la hante; elle est relative à la santé de sa fillette, qu'elle n'élèvera pas sans doute, et ce sera là pour elle un grand malheur, etc.

Evolution de la maladie. Traitement. — Mme X. est soumise à un traitement par l'hydrothérapie, qu'elle accepte saus difficulté : tous les soirs, vers cinq heures, elle va prendre une douche froide. Nous lui prescrivons, de plus, en fait de médication interne, les antispasmodiques les plus variés.

L'état de Mme X., loin de s'améliorer, s'est aggravé. La peur de mourir subitement la hante toujours. La crainte de voir son cœur cesser de battre, de ne plus pouvoir marcher, etc., lui vient sans cesse à l'esprit. Toutes les semaines, une ou deux fois, il faut demander un médecin la nuit, pour tranquilliser la malade.

Vers le mois de juin, Mme X. sent des tiraillements dans le cou, du côté droit. Elle craint de voir se produire dans cette région, des contractions analogues à celles qui agitent son grand oblique.

Même état du côté des yeux, de la glande thyroïde et du cœur.

Au mois de juillet, la malade conçoit le projet d'aller consulter à l'étranger un masseur célèbre, mais elle ne se décide à partir qu'accompagnée de son médecin.

Le voyage se passe très bien malgré la longueur du trajet. Elle voit le masseur en question, il lui déplaît : au bout de quelques jours, elle ne voulut plus en entendre parler.

Rentrée à Paris, elle est traitée par l'électricité, qui fut bien supportée, tandis que jusque-là ce mode de traitement ne lui avait donné que de mauvais résultats. Il se produit une amélioration sensible dans l'état du gloître, amélioration qui persiste. La fréquence du pouls oscille maintenant entre 84 et 100. L'exophtalmie est moins prononcée ; les contractions spasmodiques du grand oblique sont moins fortes, et par moments elles laissent à la malade des répits assez longs. L'état général est meilleur.

La malade est plus forte ; elle se risque à faire quelques pas dans la rue. Par contre les troubles psychiques se sont plutôt aggravés. Il y a deux ans, la malade est allée passer quelques mois au bord de la mer. Elle faisait ce voyage, malgré l'horreur que lui inspiraient les déplacements, par amour pour son enfant. Elle y est revenue l'année suivante ; mais aussitôt arrivée, elle a dû repartir, la vaste étendue de l'eau lui causait une peur insurmontable.

Cette année Mme X. s'est décidée à faire un séjour en pays de montagne, toujours dans l'intérêt de la santé de sa petite fille. Elle était à peine arrivée depuis vingt-quatre heures, qu'elle repartait, obsédée par la crainte d'être écrasée par les montagnes.

Revenue à Paris, elle ne peut se résoudre à retourner sur les bords de la mer. Il a été impossible de la faire aller en villégiature dans les propriétés de son mari, car, dans ces parages, il y a également des montagnes !

Observation III. (Raymond et Sérieux), *Revue de médecine*, 10 décembre 1892.

Signes physiques et psychiques de déséquilibration mentale : instabilité, caractère querelleur et violent ; irascibilité, émotivité ; terreurs nocturnes, polyurie. — Triade symptomatique du goître exophtalmique.

Isabelle M., âgée de dix-neuf ans, entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Trousseau, n° 27, le 18 juin 1891 ; sortie le 22 juillet 1891.

Antécédents héréditaires. — Pére est atteint, depuis de longues années, d'un tic douloureux de la face. Mère, très-nerveuse, excentrique, a eu de fréquentes crises de nerfs. Grand-père maternel est mort hémiplégique à quarante ans. Grand'mère maternelle était très-migraineuse ; vers l'âge de cinquante ans, elle a été atteinte par le rhumatisme déformant (pieds et mains).

Nous n'avons pas pu nous procurer de renseignements précis sur les autres parents.

Antécédents personnels. — La malade a commencé à marcher seulement vers l'âge de deux ans et demi. L'usage de la parole lui est venu très-tard, vers trois ans. A cette époque, elle avait un zézaiement assez prononcé. Elle a eu la rougeole vers la huitième année, et en a guéri facilement. Cependant quelque temps après, son caractère, assez doux, jusque là, paraît-il, devint violent ; la malade se battait fréquemment à l'école avec ses petites camarades.

M... a toujours été très-émotive et très peureuse. Elle était frappée par les histoires que l'on racontait devant elle. Souvent, elle dormait mal la nuit, et avait des cauchemars se rapportant aux récits qu'elle avait entendu conter. Parfois, c'étaient de véritables terreurs nocturnes ; elle poussait des cris, appelait à son secours, etc.

Réglée à treize ans, elle a toujours eu, depuis six ans, ses époques à intervalles réguliers. Les règles sont parfois douloureuses. Mise en apprentissage à l'âge de 14 ans, elle ne pouvait s'appliquer à son ouvrage. Elle avait besoin de changer de place fréquemment. Il lui fallait sortir ; son appétit était irrégulier, capricieux. Les réprimandes l'exaspéraient. Elle entrait alors dans de violentes colères, et elle se portait parfois à des voies de fait.

Vers l'âge de dix-sept ans, elle fut prise, sans cause connue, de battements de cœur, de palpitations. Au début ces palpitations la jetaient dans un désespoir inexprimable. Lorsqu'elle était couchée, il lui fallait se lever parce qu'elle entendait son cœur battre violemment. Alors des terreurs la prenaient ; elle appelait ses parents à son secours ; ce n'est que vers le matin qu'elle se calmait de nouveau.

Depuis deux ans, elle a senti ses forces disparaître graduellement ; c'est ce qui l'a décidée à entrer à l'hôpital.

Etat actuel (19 juin 1891). — Isabelle M. est grande, assez bien musclée, pâle de figure ; les pieds sont plats, larges, étalés.

En l'examinant, deux choses frappent immédiatement : 1° une asymétrie faciale très-nette : la moitié gauche de la face est plus petite que la droite ; la voûte palatine est très-profonde ; ses deux moitiés sont inégales ; il en est de même des deux moitiés du voile du palais ; 2° les yeux sont proéminents ; les globes oculaires paraissent ou augmentés de volume, ou projetés en avant ; c'est à peine si la malade peut couvrir l'œil avec la paupière.

Le corps thyroïde est notablement augmenté de volume. La malade raconte qu'au moment de ses règles, son cou grossit davantage.

L'examen du cœur ne décèle aucune lésion organique. Au niveau des vaisseaux du cou, on perçoit un souffle doux, anémique. Les battements du cœur sont rapides précipités, assez violents par instants.

Le pouls, compté à diverses reprises dans le courant de la journée, fournit, en moyenne, 120 pulsations par minute.

La sensibilité cutanée est intacte. L'examen des yeux à l'ophtalmoscope ne révèle rien d'anormal ; il n'existe pas de points douloureux.

Pas de tremblement des mains. La force musculaire est à peu près conservée aux membres supérieurs et aux membres inférieurs.

L'appétit est à peu près normal. Les digestions sont pénibles ; renvois gazeux ; acidité, constipation.

L'examen du poumon ne donne que des résultats négatifs. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Elles sont parfois abondantes et claires comme de l'eau de roche, surtout lorsque M. se met en colère.

La malade est d'un caractère fantasque, elle se plaint sans cesse, se dispute avec ses voisines. Elle est loquace ; ses propos sont enfantins, souvent mensongers. Le sommeil est mauvais : M. se réveille parfois en appelant sa mère. Elle est soumise a un traitement hydrothérapique et l'électrisation qui produit une amélioration au point de vue de la tachycardie ; le pouls est à 96. M... quitte le service à la suite d'une violente dispute.

Orservation IV. — (Aug. Vigouroux. Communication personnelle).

Tares héréditaires. — Déséquilibration mentale. — Idées fixes. — Impulsions diverses : vol, etc. — Accès mélancolique ; internement ; guérison. — Hystérie. — Maladie de Basedow.

Marie J., vingt-cinq ans (service d'électrothérapie de la Salpétrière).

Antécédents héréditaires : Père bien portant. — Mère méchante, d'un caractère difficile, battait ses filles. — Oncle maternel mort d'une (maladie noire) ; était sombre, ne causait à personne, refusait souvent de manger. — Grand-père maternel ivrogne et débauché, a mangé sa fortune. — Deux sœurs bizarres. L'une d'elles est très-avare, l'autre, mariée, est gourmande, rend son mari malheureux; a vendu son mobilier à plusieurs reprises, à l'insu de ce dernier.

Antécédents personnels : Vers l'âge de deux ans, convulsions qui ont duré deux ou trois jours. — Croup vers la même époque. — Réglée à onze ans, régulièrement. Vers cette époque, elle avait des périodes d'énervement pendant lesquelles elle cassait la vaisselle, les glaces dans lesquelles elle se voyait. — A treize ans, elle quitte sa famille pour aller vivre avec un amant, avec lequel elle a des rapports réguliers. — A dix-huit ans, elle devient enceinte. Pendant sa grossesse, elle a de nombreuses impulsions : elle a volé à diverses reprises ; elle a dérobé entre autres choses un melon vert qu'elle a mangé tout entier, y compris la queue. Après son accouchement, les impulsions deviennent plus fréquentes, surtout au moment de ses règles. Elles a acheté, un jour, un marteau pour mieux casser la vaisselle. — A vingt ans, à la suite d'un chagrin violent, elle eut une crise de mélancolies qui dura six mois, pendant lesquels elle fut internée à l'asile des aliénés de Blois. Elle se croyait sans ressources ; elle se figurait avoir douze enfants dans le ventre, être grosse comme une tour.

Revenue à Paris, elle entra deux fois à l'hôpital, la première fois pour une bronchite, la seconde pour une diarrhée rebelle avec fièvre et délire. Pendant son délire, elle voyait un homme vêtu d'une blouse bleue, avec une grande barbe grise ; elle l'injuriait. En même temps, on vit survenir une anesthésie généralisée qui dura cinq jours.

M... a de fréquentes hallucinations visuelles qui surviennent presque toujours au moment de ses règles.

Un jour, après une mauvaise nuit, en se mettant au travail, à sept heures du matin, elle fut prise d'un étourdissement qui dura dix minutes environ. Revenue à elle, elle vit distinctement, devant elle, un lit sur lequel était son fils âgé de six ans, avec une figure toute décomposée, comme s'il allait mourir. Les parents étaient aux pieds du lit, et le regardaient avec compassion; mais le fils ne poussait pas un cri, les parents ne parlaient pas. Elle, au contraire, pendant quatre heures que dura cette vision, poussait des cris et sanglotait, déplorant la mort de son enfant qu'elle aimait beaucoup.

Elle avait cependant conscience que ce n'était qu'une vision ; elle reconnaissait la chambre où elle se trouvait, et se rendait compte que son fils n'avait pas quitté la province qu'il habite. Quand cette vision eut disparu, et qu'elle eut repris complètement possession d'elle-même, elle était couverte de larmes. La journée se passa sans incident, la malade était simplement énervée. La nuit fut mauvaise, et le lendemain matin, à la même heure, la même scène se produisit ; l'amant de M... y assistait et nous a confirmé les détails. M... se rendait encore compte de l'inanité de sa vision, et craignait d'être folle.

Une autre fois, elle vit des serpents qui couraient après elle, mais elle n'eut pas peur, parce qu'elle savait qu'ils n'existaient pas en réalité.

Un jour elle se figura être assise sur un bœuf dans une très-grande maison, toute blanche, le bœuf était rouge, gras et restait couché.

D'après les renseignements qui nous sont fournis, M... a tou-

jours été d'un caractère difficile. Elle était sans cesse obsédée par des idées fixes, d'une rare inégalité d'humeur. Elle faisait constamment à son amant des scènes de jalousie qu'elle savait n'être pas fondées.

Au point de vue de la maladie de Basedow, la malade présente de la tachycardie, du goître, du tremblement et une notable diminution de la résistance électrique. Signalons encore de l'insomnie, des cauchemars, et un sentiment de faiblesse générale.

Comme stigmates d'hystérie, il existe de la diplopie monoculaire, des zônes hystérogènes, et des plaques d'anesthésie diffuses.

La malade fut traitée à la Salpétrière, pour son goître exophtalmique, dans le service du Dr Vigouroux et fut notablement améliorée. Les troubles psychiques persistèrent avec la même intensité.

Observation V. — (Aug. Vigouroux, *Gazette des hôpitaux*. 1er décembre 1891.)

Maladie de Basedow chez une fille de vingt et un ans. Début brusque il y a un an. Etat mental particulier, accompagnant les symptômes physiques. Amélioration assez rapide de ces deux ordres de symptômes.

Del..., vingt-deux ans, fut envoyée dans le service d'électrothérapie par M. le professeur Charcot, en mars 1891.

Antécédents héréditaires. — Sa grand'mère maternelle est sujette à des attaques d'hystérie qui se renouvellent très-fréquemment. Sa mère est en bonne santé, mais très-impressionnable ; une sœur de sa mère a eu des crises de nerfs à la suite de fortes émotions. Son frère et sa sœur sont nerveux. Son père est bien portant.

Aucun autre membre de la famille n'a jamais été atteint de maladie nerveuse.

Antécédents personnels. — Elle a toujours été nerveuse, elle s'est trouvée mal quelquefois, mais n'a jamais eu de convulsions. Réglée à quatorze ans, régulièrement.

Au point de vue mental, c'est une femme d'intelligence vive ; elle est instruite et est passionnée pour la musique. Elle est d'un caractère assez prompt, se met en colère facilement et pleure pour des motifs futiles. Elle a toute la série des stigmates psychiques de dégénérescence. Elle nous raconte qu'elle a toujours eu de petites manies. Elle ne peut supporter que l'on trouble en rien l'ordre de sa chambre. Elle n'a jamais voulu longer une rivière, et c'était un supplice pour elle que de traverser un pont. Elle a eu un accès d'arithmomanie, mais qui s'était limité aux pavés de la rue : en marchant, elle comptait les pavés de la rue, qu'elle fût seule ou en train de causer avec quelqu'un. Elle éprouva aussi la folie du doute : elle ne pouvait envoyer une lettre sans la décacheter et la relire à plusieurs reprises ; elle eut également peur du feu ; elle ne s'endormait pas avant d'avoir visité plusieurs fois les foyers de l'appartement et se relevait plusieurs fois pour aller visiter la fermeture de la porte de sa chambre.

A l'heure actuelle, ces différentes obsessions qui dans le cours de la maladie de Basedow, ont fait place aux idées de suicide, ont disparu, pour être remplacées par une variété d'onomatomanie. Au milieu d'une conversation elle se met à siffler plusieurs mesures d'un air.

La malade a une conscience très-nette de son état, elle est très-ennuyée de l'irrésistibilité de ses impulsions, elle raconte très-bien l'angoisse qui les précède, et la satisfaction qui succède à l'accomplissement de l'acte.

Vers la fin du mois d'août 1890, elle eut un grand chagrin, et passa plusieurs journées à pleurer. Elle s'aperçut un matin que ses yeux sortaient de leur orbite d'une façon « effrayante » et que son cou était excessivement grossi.

A partir de ce moment elle se sentit énervée et fiévreuse. Les mains étaient toujours moites, elle était brûlante bien qu'on fût

en hiver et elle en souffrait beaucoup. Sa bouche était en feu, ses lèvres sèches. Elle fut prise d'un tremblement nerveux dans tout le corps, mais surtout localisé aux mains, qui l'empêchait de se livrer à aucun travail manuel.

La moindre émotion lui occasionnait des crises, des étouffements et des douleurs au niveau du cœur. Son pouls battait 135 pulsations à la minute. Les nuits étaient très-agitées, elle dormait à peine 2 ou 3 heures, et avait des cauchemars terrifiants, elle voyait des loups et des chiens enragés, les membres de sa famille morts. Ces rêves l'épouvantaient à un point tel que non-seulement elle se réveillait en sursaut, mais que toute la journée elle restait sous leur pénible impression, jamais, cependant, réveillée, elle n'a continué à voir l'objet de son cauchemar.

Son caractère changea peu à peu, elle devint triste et très-irritable, elle se mettait à pleurer sans motif, alors il lui vint des idées obsédantes de suicide. Elle était indifférente à ce qui se passait autour d'elle, ne s'occupait plus ni du ménage, ni de ses études. Elle se trouvait mal à chaque instant, et était devenue d'une faiblesse excessive, et d'une grande maigreur. Toute nourriture lui répugnait, elle ne mangeait presque plus, quelque temps après, au contraire, elle eut une fringale que rien ne pouvait apaiser.

La malade se décida alors à consulter des médecins, et, pendant trois mois, elle fut successivement traitée par les douches, le bromure de potassium, le valérianate d'ammoniaque, l'extrait de quinquina.

Découragée par l'insuccès de ces divers traitements, elle resta quatre mois sans se soigner, et ce n'est qu'à la fin de mars 1891, qu'elle vint à la consultation de M. le docteur Charcot qui l'envoya à l'électrothérapie. Depuis ce moment, elle fut électrisée trois fois par semaine, à l'exclusion de toute autre médication.

A son entrée dans le service, Del... est dans un état de faiblesse excessive, elle est très-fatiguée de marcher ; elle ne peut

se tenir longtemps debout, elle est animée d'un tremblement à oscillations très rapides, et généralisé dans tout le corps, elle peut à peine défaire les boutons de son corsage. La sensibilité est égale des deux côtés.

La peau est moite, couverte d'une sueur épaisse.

Les yeux sont énormes, le globe oculaire est presque sorti de l'orbite. On ne trouve la paralysie d'aucun des muscles de l'œil. La paupière supérieure n'arrive pas à recouvrir complètement le globe oculaire.

La conjonctive est légèrement enflammée, les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont conservés. La vue est normale.

Le cou est gros, mesure 35 centimètres au lieu de 32 qu'il mesurait auparavant au dire de la malade.

Les deux lobes du corps thyroïde sont également développés.

La respiration est rapide et compte 24 respirations à la minute.

L'auscultation des poumons ne décèle rien d'anormal.

Le pouls est rapide et régulier (134 pulsations), le cœur n'est pas hypertrophié, et son auscultation fait entendre des battements tumultueux, mais sans aucun bruit anormal.

La carotide est excessivement tendue.

La résistance électrique est tellement faible, qu'elle ne peut être mesurée avec la force électromotrice de 12 volts dont on se sert habituellement ; avec 10 volts, elle est de 800 ohms.

La malade se plaint d'insomnies, de cauchemars. Elle est très irritable, abattue, découragée, a peu de confiance dans le traitement. En ce moment, la malade était obsédée par des idées de suicide.

Dès les premières séances, la malade à commencer à accuser une amélioration notable de son état général, elle se trouvait mieux portante, le sommeil était meilleur, cinq heures par nuit, et elle n'avait plus de cauchemars.

Le 16 avril, c'est-à-dire vers la douzième séance environ,

l'amélioration se continue ; les symptômes objectifs sont également amendés, le tremblement est bien moins accentué, la malade a recommencé à écrire, le cou a diminué de 1 centimètre et demi et est à 33,5.

Le nombre des respirations est tombé à 24 et celui des pulsations à 120.

Depuis, le mieux a toujours été en augmentant.

Le pouls ne bat plus que 102 pulsations.

La résistance électrique est toujours très faible.

Le 3 novembre, le mieux continue, la malade peut travailler et passer ses examens, l'exophtalmie diminue peu à peu.

La malade a pu reprendre peu à peu toutes les occupations qu'elle avait dû abandonner, la force est revenue, elle a repris ses études de chant, et peut préparer le concours du Conservatoire. Il ne reste plus que l'exophtalmie et les palpitations, les autres symptômes ont disparu.

Le 15 septembre, la malade continue à suivre son traitement, quoique moins régulièrement : les yeux ont beaucoup diminué, comme en témoignent deux photographies de la malade à cinq mois d'intervalle. La paupière supérieure recouvre complètement le globe oculaire.

Le cou ne mesure plus que 32,5.

Les respirations ne sont plus que de 18 à la minute.

Nous devons signaler d'abord chez ces malades l'abondance des *tares héréditaires psychopatiques*. Mère goutteuse, mélancolique, grand'mère, grand'tante, sœur, cousines et neveux déséquilibrés (Obs. I). — Mère, neurasthénique ; père, alcoolique ; grand'mère, bizarre, obsédée (Obs. II). — Père atteint de tic douloureux de la face ; mère, excentrique ; grand'mère, migraineuse (Obs. III). — Mère, de caractère difficile ; oncle, mélancolique ; grand-père, ivrogne ; sœurs, bi-

zarres ; excentriques (Obs. IV). — Grand'mère, hystérique ; tante hystérique ; frères et sœurs nerveux (Obs. V). Voilà déjà plus qu'il n'en faut pour expliquer l'apparition chez ces malades d'une part du goître exophtalmique, d'autre part de la déséquilibration mentale avec les nombreux syndromes épisodiques que nous avons énumérés.

La *déséquilibration mentale* est suffisamment prouvée par les anomalies de l'intelligence, du sens moral et du caractère que nous rencontrons chez ces malades, par l'instabilité, l'irascibilité, l'émotivité indépendantes du goître exophtalmique et en relation directe avec l'hérédité morbide.

Nous retrouvons les idées obsédantes, les impulsions, avec tous les caractères des *stigmates psychiques* de la dégénérescence mentale : la conscience, l'irrésistibilité, l'angoisse, la satisfaction de l'acte accompli. Une de nos malades, arithmomane, ne peut s'empêcher de compter les dessins du papier des murs, les carreaux des fenêtres bien qu'elle se rende compte de ce que cet acte a d'insensé ; une autre ne peut résister à l'impulsion de se déshabiller complètement devant son médecin. Telle femme prise de la folie du doute est obsédée par la crainte de ne pas avoir payé un achat qu'elle vient de faire ; telle autre se relève plusieurs fois dans la même nuit pour vérifier si ses portes sont bien fermées. Parfois, c'est au contraire l'impulsion nécessaire à l'accomplissement de l'acte qui fait défaut, et le malade reste incapable d'agir, malgré sa volonté, comme cette femme qui commence dix lettres sans

pouvoir les finir ; elle a la volonté d'écrire, mais ne peut le faire.

Chez deux de nos malades, nous trouvons de *stigmates physiques* : asymétrie faciale accentuée, anomalies des machoires, de la voute palatine.

Les trois accès délirants qui se succédèrent chez notre première malade, révélent par leur variété, leur instabilité, leur curabilité, la nature du terrain sur lequel ils évoluent. Le premier fut caractérisé par des idées mélancoliques, des hallucinations auditives et visuelles avec agitation, refus d'aliments, tentative de suicide. Le second consiste en un état d'excitation intellectuelle accompagnée de quelques idées de persécution et d'une extrême irritabilité mentale. Le troisième accès ne fut qu'une de ces bouffées délirantes, de nature ambitieuse, si fréquente chez les dégénérés.

Rappelons enfin que deux de nos malades ont présenté des *manifestations hystériques*, ovaralgie, hallucinations visuelles terrifiantes, et que, dans notre seconde observation, la maladie de Basedow est associée à deux symptômes importants, la *neurasthénie* et les *convulsions cloniques* du grand oblique de l'abdomen.

Dans chacune de ces observations, le goître exophtalmique apparaît avec son cortège habituel de symptômes, tachycardie, goître, exophtalmie, tremblement, etc... Chez notre première malade il est survenu au cours d'une grossesse ; dans d'autres cas, il reconnait pour cause occasionnelle le surmenage, le chagrin, les émotions pénibles. Mais ce qu'il importe de faire ressortir, c'est que, chez nos cinq malades, les trou-

bles psychiques ont précédé son apparition. En aucun cas nous ne l'avons vu exercer la moindre influence sur la marche de ces troubles psychiques. Enfin, nous avons toujours vu ceux-ci rester stationnaires ou s'aggraver tandis que quatre fois le goître exophtalmique s'est amélioré et une fois seulement il est resté stationnaire.

Nous avons donc le droit d'affirmer que, dans nos cinq premières observations, les troubles psychiques sont absolument indépendants du goître exophtalmique et relèvent directement de la dégénérescence mentale.

Voici une observation empruntée à Solbrig, dans laquelle il s'agit d'une femme qui avait des impulsions irrésistibles à tuer ses enfants. Ici les antécédents héréditaires nous sont inconnus, mais nous pouvons affirmer que nous sommes sur un terrain dégénéré, car les syndromes épisodiques constituent l'un des signes certains de l'état de dégénérescence. Dans ce cas, le goître exophtalmique et les troubles psychiques paraissent avoir évolué parallèlement. Les deux ordres de symptômes ont débuté simultanément, probablement sous l'influence de la même cause déterminante ; au bout de sept mois, les impulsions avaient complètement disparu, et, cinq mois plus tard, il ne restait plus qu'une légère tuméfaction du corps thyroïde.

Quelques temps après la guérison de cette femme, son fils, âgé de 8 ans, présenta les signes de la maladie de Basedow, à la suite de surmenage intellectuel.

La guérison complète fut obtenue en dix jours. Nous avons reproduit cette observation, bien que les troubles psychiques fassent entièrement défaut, parce qu'elle est intéressante au double point de vue de l'hérédité similaire et de l'évolution rapide de la maladie de Basedow chez un jeune enfant.

Observation VI. — (Solbrig. *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie*, 1871).

Goître exolphtalmique. — Impulsions irrésistibles.

Il s'agit d'une dame de la ville, mariée, âgée de 42 ans, mère de plusieurs enfants qu'elle adore, et dont elle surveille l'éducation avec la plus grande sollicitude. Elle n'habitait pas encore la ville, lorsque survinrent les premiers symptômes de sa maladie. Elle me fit appeler un jour, et me dit que depuis plusieurs semaines, elle souffrait la nuit d'une intolérable anxiété, et qu'elle avait complètement perdu l'appétit. Non seulement cette angoisse ne lui laissait pas de répit, mais elle devenait d'une intensité telle, qu'elle en concevait les plus grandes inquiétudes. Elle me confia, en outre qu'elle avait des impulsions irrésistibles à tuer ses enfants. Elle avait beaucoup de peine à se retenir, et, si jusque-là elle avait eu assez de force morale pour se maîtriser, elle craignait qu'à la fin les plus grands malheurs ne fussent à déplorer. Pendant qu'elle me faisait cet aveu, son regard, sa physionomie, exprimaient une vive souffrance. Pourtant, lorsqu'elle eut achevé elle parut visiblement soulagée et répondit à mes questions avec la plus grande clarté.

Je l'examinai avec le plus grand soin, et je constatai ce qui suit : Taille au-dessus de la moyenne, élancée ; amaigrissement assez avancé ; peau fine, diaphane ; teint mat. Sclérotiques bleuâtres ; cheveux blonds ; iris bleus. Pupilles dilatées ; globes oculaires fortement proéminents. Tuméfaction du corps thyroïde ;

veines du cou dilatées. Fortes palpitations de cœur; pouls accéléré (109). Bruits du cœur normaux. Poumons sains. Les organes abdominaux ne présentent rien d'anormal. La malade assure qu'elle vit en parfaite intelligence avec son mari.

Ses couches se sont passées normalement; mais après son dernier accouchement, il y a six ans de cela, ses règles devinrent plus abondantes. Dans le cours de la dernière année, elles durèrent chaque fois près de huit jours. Ces troubles de la menstruation l'affaiblirent considérablement ; les palpitations devinrent plus fréquentes, et le goître augmenta de volume. La malade se sentait complètement anéantie.

En présence de ces symptômes, je portai le diagnostic suivant qui était évident : Mélancolie avec idées délirantes et impulsions, venant compliquer une maladie de Basedow.

Voici le traitement que j'instituai : pour combattre les troubles digestifs et l'amaigrissement, j'ordonnai du vin, de la bière et une alimentation aussi abondante que possible ; pour abréger la durée des règles, je recommandai le repos dans la position horizontale; en dehors de la période des règles, j'administrai des toniques et des préparations ferrugineuses ; enfin pour calmer l'anxiété et combattre l'insomnie, je donnai quelques doses de morphine.

La malade n'ayant pas été traitée immédiatement, et se trouvant dans un état d'anémie très prononcé, je n'osais espérer une guérison, ni même une amélioration rapide. Et pourtant, dès les premiers mois, je constatai une amélioration persistante et, au bout de sept mois, je pus faire cesser complètement le traitement.

Le sommeil revint, l'anxiété disparut, et la malade cessa d'avoir les horribles impulsions à tuer ses enfants.

Graduellement, et à mesure que l'appétit revenait, la malade reprit de l'embonpoint et l'anémie disparut. Lorsque arriva la belle saison, il n'y avait plus ni exophtalmie, ni palpitations de cœur ; il ne restait plus qu'une légère tuméfaction du corps thyroïde qui subsista malgré de nombreux badigeonnages de teinture d'iode.

L'état général s'était notablement amélioré, et la malade était devenue gaie, eujouée, et d'une humeur charmante.

Un an après, la gnérison ne s'était pas démentie.

Quinze jours environ après la guérison définitive de cette malade, je fus appelé en consultation auprès d'un de ses enfants âgé de huit ans, chétif, maigre, pâle, qui, la nuit d'avant, avait été pris de palpitations de cœur et d'une forte oppression qui l'avaient empêché de dormir. Je pensai immédiatement à une péricardite ou à une endocardite, mais malgré un examen minutieux, je ne découvris aucun des signes propres à ces affections ; je constatai simplement l'existence de palpitations de cœur et une hypertrophie assez considérable. Pouls 120.

Le petit malade était oppressé, les veines du cou étaient dilatées ; puis survint une transpiration abondante avec éruption miliaire dans le dos et sur le cou.

La mère me raconta que cet enfant était très zélé et très studieux. Il espérait remporter le premier prix de sa classe, et comme la distribution des prix devait avoir lieu dans quelques jours, il attendait impatiemment cette petite fête.

Plus le jour approchait, plus il était énervé et impatient et sa mère attribuait sa maladie à cet état de surexitation. En l'absence de tout symptôme d'endocardite ou de péricardite, cette déclaration m'affermit dans l'idée que je me trouvais en présence de palpitations purement nerveuses. J'ordonnai cependant une très-légère infusion de digitale et de l'eau de laurier-cerise. Le lendemain matin, je constatai à mon grand étonnement, outre une agitation extrême et des sueurs profuses, une tuméfaction du corps thyroïde, et une saillie des globes oculaires tellement marquée, que je n'hésitai pas à porter le diagnostic de forme aiguë de maladie de Basedow. Deux jours après les symptômes s'amendèrent déjà : les sueurs et l'oppression diminuèrent, le sommeil revint, les palpitations se calmèrent, le pouls tomba à 80 et le corps thyroïde diminua de volume. Le 5e jour, je cessai tout traitement, et le 10e jour l'enfant était complètement rétabli.

L'observation suivante est celle d'une fillette chez laquelle le goître exophtalmique débuta à l'âge de douze ans; quelques mois plus tard survinrent des troubles psychiques. Cette observation nous montre que, même chez l'enfant, les troubles psychiques peuvent survenir au cours du goître exophtalmique, et, d'après Kronthal, le fait serait moins rare qu'on ne l'a prétendu jusqu'ici.

Chez cette enfant, il existe de l'hérédité similaire et la déséquilibration mentale se manifeste par des doutes; c'est donc bien encore une dégénérée.

Observation VII. (Kronthal. *Berliner klinische Wochenschrift* Juillet 1893).

Goître exophtalmique. — Doutes.

Marthe R. âgée de 12 ans fut prise au mois d'Avril 1892 de palpitations de cœur qui la forcèrent à quitter l'école. Aucune affection nerveuse, pas d'alcoolisme ni de syphilis à signaler chez ses grands parents maternels ou paternels. La mère est atteinte d'une forme fruste de goître exophtalmique. Comme antécédents personnels, notons, à un an des convulsions, plus tard, la rougeole, et à six ans une fracture de bras.

Depuis l'hiver 1891-1892, les palpitations devinrent plus fréquentes; la petite malade eut des bourdonnements d'oreilles et de la cardialgie, puis apparurent de l'angoisse et des terreurs nocturnes; elle avait de fréquentes bouffées de chaleur. Elle devint très irritable. Elle était studieuse et apprenait bien, mais se fatiguait très vite. Elle se plaignait souvent de douleurs au cou et de fourmillements dans les mains et dans les pieds.

La malade est grande, bien proportionnée, anémique. Poumons et cœur sains. Pouls, 96 à 120. Le corps thyroïde est tu-

méfié, surtout à droite ; la glande est de consistance molle. Les yeux sont très proéminents : les paupières recouvrent les globes oculaires. Pas de signe de de Graefe. Les nerfs crâniens et médullaires sont sains ; reflexes normaux. Aucun trouble de sensibilité, pas de tremblement. Rien dans les urines.

Le goître et l'exophatalmie passent par des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Au mois d'Octobre 1892, la mère nous raconte qu'elle avait souvent surpris sa fille à pleurer, elle avait des crises de larmes subites et inexpliquées. Longtemps, la mère avait en vain cherché le motif de ce changement d'humeur; sa fille lui avoua enfin qu'elle pleurait parcequ'elle doutait que sa mère fût réellement sa mère, elle était prise de crainte et d'angoisse et se mettait à pleurer. Les bons conseils de sa mère la calmèrent un peu. Elle concevat que ses doutes n'étaient pas fondés. Tantôt la petite malade était excitée, irritable, tantôt elle était calme et d'une grande douceur. Elle explique ces changements subits de caractère par une envie irrésistible qui la prend de rire ou de pleurer. Elle se plaint d'étincelles devant les yeux, surtout lorsqu'elle se met au lit. Dans les derniers temps, ses cheveux tombent abondamment.

Voici une observation qui nous montre l'association à la maladie de Basedow de l'une des quatre formes d'anomalies sexuelles décrites par Magnan.

Magnan divise en quatre groupes les dégénérés qui presentent des anomalies sexuelles : les *spinaux*, les *spinaux cérébraux postérieurs*, les *spinaux cérébraux antérieurs* et les *cérébraux antérieurs*.

Les *spinaux* sont réduits au simple réflexe médullaire, c'est l'onanisme chez l'idiot complet.

Chez les *spinaux cérébraux postérieurs* le réflexe part de l'écorce cerébrale postérieure et aboutit à la moelle.

La vue seule d'un sujet de sexe différent provoque l'organisme vénérien, c'est l'acte instinctif purement brutal.

Chez les *spinaux cérébraux antérieurs*, le point de départ du réflexe est dans l'écorce cérébrale antérieure ; c'est une influence psychique comme dans l'état normal qui agit sur le centre génito-spinal, mais l'idée, les penchants sont pervertis.

Les *cérébraux antérieurs* sont des extatiques, des érotomanes. « Dans ce groupe, on ne connaît plus les instincts inférieurs, on devient même indifférent à l'instinct de la génération, la moelle, le cerveau postérieur restent silencieux ; on est installé en pleine région frontale, dans le domaine de l'idéation. C'est l'amour sans désirs vénériens, en dehors de toute préoccupation charnelle. »

Notre malade appartient au quatrième groupe de la division de Magnan. A côté d'une absence complète d'appétit sexuel, elle manifeste des allures et des aptitudes masculines. Elle n'a jamais eu aucun des goûts de son sexe, n'a jamais éprouvé le moindre désir. Très chaste et d'une conduite irréprochable elle ne s'est jamais livrée à l'onanisme. Elle s'est mariée par dévouement à un homme qu'elle n'aimait pas et dont elle subit les approches avec dégoût et sans éprouver la moindre sensation.

Si nous ajoutons que cette femme a de nombreuses tares héréditaires, que depuis son enfance elle est désiquilibrée ; qu'elle a eu des scrupules, des obsessions, des impulsions irrésistibles nous aurons un tableau à peu près complet de la dégénérescence mentale.

Observation VIII. (Sérieux, *Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel.* Paris, Thèse, 1888).

Goître exophtalmique. — Déséquilibration mentale. — Obsessions, impulsions. — Anomalie de l'instinct sexuel : Cérébrale antérieure.

Mme A... âgée de 40 ans, est issue d'une famille d'aliénés. Elle a toujours fait preuve d'une émotivité excessive, d'une déséquilibration persistante ; dès l'enfance, elle a des scrupules ; plus tard, des névralgies temporales. Exagérant tout, elle montre pour son mari une passion extrême, se surmène et présente quelque symptômes de neurasthénie. Il y a huit ans, goître exophtalmique. Les impulsations et les terreurs morbides des dégénérés abondent chez elle claustrophobie, impossibilité de traverser telle place, parce qu'elle a un pressentiment qu'elle sera écrasée ; arithmomanie, tendances impulsives au jeu ; aboulie très caractérisée ; impulsions à acheter.

Bien que chez elle les sentiments effectifs prennent une intensité exagérée, qu'elle soit obsédée par la pensée de ceux qu'elle aime, aucun désir ne s'est jamais éveillé en elle. Elle n'a rien, elle n'a jamais rien eu des goûts, des préoccupations de son sexe. Nature masculine, elle a de l'homme, la taille, la physionomie, et une énergie toute virile. Elle a toujours aimé la société des hommes, mais seulement au point de vue intellectuel, et parce qu'elle se trouvait en conformité d'idées, de sentiments avec eux. Elle aurait voulu être homme pour étudier les sciences ; la médecine l'a toujours attirée ; elle a légué son corps par testament à un médecin des hôpitaux.

Dans l'enfance pas d'onanisme ; une seule fois elle a subi des attouchements sans éprouver aucune sensation spéciale. Elle jouait peu à la poupée, préférant lire ou courir dans les champs. Elle commence à treize ans l'étude du piano, mais quelques années après, elle eut préféré s'occuper des sciences. Elle fut aimée, mais n'éprouva jamais aucun désir sensuel, aimant d'une

façon purement intellectuelle, ne cherchant que le plaisir de la conversation. Le sexe masculin l'a toujours laissée indifférente. C'est sa sœur qu'elle a le plus aimée (cette dernière l'embrassait avec la passion d'un amant). Cependant elle s'est mariée, par dévouement, dit-elle, avec un veuf pour élever les enfants idiots et contrefaits.

Elle a toujours joué la comédie avec son mari, éprouvant de la répulsion pour l'acte et pour la personne. Elle finit par prendre en horreur tous les hommes.

Elle donnait satisfaction à son naturel aimant, en prodiguant les démonstrations d'amitié les plus affectueuses à ses amies.

L'appétit sexuel s'est si peu révélé chez elle, que lisant des romans, elle n'en pouvait comprendre les pages qui parlaient de passions charnelles. La vue d'une personne sympathique l'émeut vivement, la fait trembler, sans éveiller aucune préoccupation sexuelle.

Sa mère était comme elle complètement insensible, s'occupant pendant les rapports conjugaux du menu du lendemain. Elle déplorait d'ailleurs ce manque de sensation voluptueuse.

Il est à remarquer combien le goître exophtalmique tient peu de place au milieu de tous ces stigmates de dégénérescence, et il est bien évident qu'il n'y a aucun rapport de cause à effet entre son apparition tardive et la déséquilibration mentale invétérée de la malade. On ne saurait encore voir dans ce cas autre chose qu'une association de deux états morbides évoluant d'une façon absolument indépendante.

OBSERVATION IX. (GREIDENBERG, *Vestnik klin. i subednoi psichiat, i nevropatol.* St Pétersbourg, janvier 1893).

(*Goître exophtalmique. — Déséquilibration mentale. — Dipsomanie. — Cérébrale antérieure.*

Jeune fille, Z. K., 33 ans, entrée à l'hôpital le 31 décembre, 1891.

Antécédents héréditaires : Famille névropathique, dont plusieurs membres sont atteints de faiblesse congénitale de l'ouïe. — La sœur du père était atteinte d'aliénation mentale. — Une cousine germaine du côté du père présente une forme typique de la maladie de Basedow. — Un cousin était atteint d'hémiparésie et d'hémichorée. Mère morte de cancer de l'estomac. — Une sœur était atteinte de paralysie faciale. — Une autre sœur a eu des névralgies sciatiques. — Un frère a été hémiplégique et a guéri.

Histoire de la maladie : Il y a treize ans que les premiers symptômes de la maladie de Basedow sont apparus : palpitations de cœur, exophtalmie, goître. La malade a toujours été d'un caractère irascible, d'humeur acariâtre : elle se croyait plus intelligente et plus instruite que les autres membres de sa nombreuse famille ; aussi les traitait elle de haut en bas ; elle recherchait la société des hommes où elle se tenait toujours très librement.

Les premiers troubles psychiques ont été remarqués par les parents au mois d'août 1891 : elle soignait sa mère malade avec beaucoup plus d'attention que les autres enfants, mais sa conduite bizarre avec la malade attirait l'attention de tout le monde ; elle passait brusquement d'accès de tendresse à des accès de brutalité. Tantôt elle embrassait sa mère et lui témoignait une vive affection ; tantôt elle lui disait des choses dures, comme : « Vas-tu bientôt claquer enfin ? » Après la mort de sa mère, elle devint encore plus irascible, plus insupportable. Elle se disputait avec tout le monde. Elle avait hérité de quelques centaines de roubles qu'elle a dépensés en très peu de temps pour acheter de jolis costumes. Elle allait tous les jours à la poste, et là, elle fit connaissance d'un jeune employé qui la traitait avec beaucoup d'égards et de sympathie ; elle raconte que ce jeune homme était amoureux d'elle, et l'épouserait si elle avait le consentement de ses parents. Puis, elle raconta à tout le monde qu'elle était fiancée, qu'elle allait bientôt se marier. Ses bavar-

dages étaient tels, que le malheureux employé fut obligé de se plaindre à la famille pour s'en débarrasser. La famille cherchait tous les moyens de la rendre raisonnable sans y réussir.

Au mois de novembre, la malade se mit à boire. Elle commença par vider plusieurs bouteilles de bière par jour, puis elle se mit à boire du vin et de l'alcool. Dans les premiers temps, elle se contenta de ce qu'elle trouvait chez elle, cherchant dans tous les buffets, dans toutes les armoires, puis elle se payait à boire dès qu'elle avait de l'argent ; enfin elle se mit à faire des dettes et alla jusqu'à accoster les passants dans la rue pour leur demander de lui payer à boire.

A la fin de Décembre, les parents de la malade vinrent me trouver et je la fis entrer à l'hôpital.

État actuel : La malade est assez grande, bien conformée, d'un certain embonpoint. Elle présente tous les symptômes cardinaux de la maladie de Basedow à un degré très accentué : exoptalmie plus prononcée à droite qu'à gauche, goître très prononcé à droite, palpitations, pouls : 100 ; battements des carotides et des temporales. Il y a abaissement dans les artères radiales : signe de de Grœfe et de Stellwag, tremblement des doigts, sensation subjective de chaleur, sueurs, boulimie, polydipsie, autographisme, tache cérébrale, absence des règles pendant un an.

La malade est toujours en mouvement ; elle est très affairée, change très vite d'idées, est très bavarde. Pas une minute elle ne reste en place, elle arrête tout le monde à causer. Sa parole est brève ; elle passe d'un sujet de conversation à un autre sans transition. Elle commence une conversation, la personne à qui elle est en train de causer ne l'écoute plus, elle continue quand même à parler sans faire attention si elle est écoutée. Dans toutes ses conversations, on retrouve la même idée fixe : d'abord l'injustice humaine, puis les relations entre homme et femme toujours basées sur des calculs. Les exemples qu'elle donne sont presque toujours les mêmes ; elle dit : « La plupart des gens ne se marient que par calcul ; on achète ou on se vend. Elle a toujours protesté contre de tels mariages, et ne suivra jamais de tels

exemples ; elle se mariera avec l'élu de son cœur, d'autant plus qu'elle est déjà sa femme ». En général, la malade aime beaucoup les conversations érotiques ; elle parle volontiers de la vie de famille, du mari et de la femme, de l'amour, de la jalousie etc... Elle assure que depuis longtemps elle appartient à son fiancé, et elle explique même l'absence de ses règles par un commencement de grossesse. Pourtant, cette circonstance ne l'a pas empêchée de faire une déclaration à l'un des médecins de l'hôpital, pour lequel elle a oublié son fiancé.

A l'hôpital même, la malade se tient très-mal.

Elle se dispute avec les autres malades et les gens de service à propos de futilités ; elle se plaint des aliments et de la boisson, et réclame surtout du tabac qu'elle fume continuellement. Elle se moque des autres malades, et, plusieurs fois, la nuit, elle a uriné sur le parquet. Pendant une soirée donnée aux malades, elle attirait l'attention des personnes présentes par son attitude, son bavardage et son excitation. Elle avait rapidement fait la connaissance de tous les invités, parmi lesquels elle distinguait surtout les jeunes gens. Elle leur causait la plupart du temps d'amour, de mariage, de vie de famille, mais elle montrait cependant une grande réserve. On la présente au congrès de médecine de Symphéropol, le 24 janvier 1892. Rentrée à l'hôpital, après ce congrès, elle racontait aux autres malades qu'elle avait passé sa soirée dans une grande société de jeunes gens, sur lesquels elle avait certainement produit une grande impression ; un d'eux même lui plaisait beaucoup, et cela finirait probablement par un mariage.

L'état de la malade s'est beaucoup amélioré pendant le mois qu'elle a passé à l'hôpital. Le traitement a consisté en bains chauds, électricité, iodure de fer en grande quantité, isolement et défense de fumer. Elle est devenue plus calme et plus réservée ; elle est moins bavarde, elle se tient mieux et commence à travailler. Au début, l'amélioration n'était pas bien stable, la malade s'excitait facilement. Peu à peu son équilibre psychique s'est maintenu. Au commencement du mois de février les règles

reviennent sans influencer en rien le système nerveux, sans provoquer la moindre excitation. Au mois de février la malade sort de l'hôpital presque complètement guérie au point de vue psychique. Les signes physiques sont les mêmes. Au mois de novembre j'eus l'occasion de revoir la malade, elle était complétement guérie de ses troubles psychiques.

Greidenberg fait suivre son observation des commentaires suivants :

« Ce cas est typique comme troubles psychiques, sous la forme d'exaltation maniaque, qui évoluent pendant la maladie de Basedow, chez un sujet nettement névropathe, et qui durent plusieurs mois pour disparaître complètement. Au point de vue clinique, ces troubles psychiques présentaient de la vraie hystérie avec prédominance des idées érotiques. Ce cas ne présente rien de spécial à la maladie de Basedow, puisque c'est une forme habituelle de l'exaltation maniaque chez les hystériques. On pourrait à peine trouver une relation quelconque entre ces troubles psychiques et la maladie de Basedow. Certes on pourrait parler de la prédisposition aux troubles spychiques causée par l'influence de la maladie de Basedow sur le système nerveux (les troubles circulaires cérébraux, les troubles de l'innervation vaso-motrice, ou une intoxication spécifique de l'organisme par des toxines encore problématiques de la glande thyroïde). Mais il y a encore une explication plus simple, c'est que c'était une demoiselle de 33 ans, d'une famille névropathique, dégénérée, donc prédisposée aux troubles psychiques.

Elle est atteinte d'une affection qui la met toujours dans une excitation nerveuse ; il s'y joint l'impression de la mort de sa mère, et c'est alors qu'apparaissent les troubles psychiques sous forme d'excitation hystérico-maniaque. La maladie de Basedow a simplement joué le rôle d'une prédisposition, tout autre névrose générale eut agi de même. Ainsi les troubles psychiques et la maladie de Basedow n'ont qu'un seul point de départ, la névropathie héréditaire, la constitution de la malade dégénérée, comme le comprennent du reste Raymond et Sérieux. »

En réalité pour Greidenberg, les troubles psychiques doivent être attribués à l'hystérie, et, la constitution de la malade dégénérée suffit à expliquer leur association à la maladie de Basedow.

Or, il n'est nullement question d'hystérie dans l'observation, et, il paraît évident que tous les troubles psychiques que présente la malade relèvent de la dégénérescence mentale.

Cette femme est avant tout une déséquilibrée; ses antécédents héréditaires en font foi, ainsi que les nombreuses anomalies de caractère et les stigmates psychiques qu'elle présente. Ce qui domine chez elle, c'est un éréthisme particulier du sens génital. Elle recherche la société des jeunes gens, se plaît à discuter avec eux, et à parler de mariage et de vie de famille. Elle se croit aimée de tous, et elle a distingué entre autre un jeune employé des postes auquel elle se déclare fiancée, et qu'elle importune à un tel point de ses poursuites qu'on est obligé de la faire interner. A peine

internée, elle oublie son fiancé et fait une déclaration au médecin de l'établissement. Pendant une soirée donnée aux malades elle fait rapidement la connaissance de tous les invités ; mais elle recherche surtout les jeunes gens et leur parle d'amour et de mariage. Quelques jours plus tard, on la présente à un congrès de médecins. Aussitôt rentrée à l'hôpital, elle raconte aux autres malades qu'elle a passé sa soirée dans une grande société de jeunes gens, sur lesquels elle a certainement produit une grande impression ; un d'eux même lui plaisait beaucoup et cela finira probablement par un mariage.

Dans toutes ses conversations, dans tous ses rapports avec les jeunes gens qu'elle recherche, la malade a une tenue irréprochable et fait preuve d'une grande réserve. Elle paraît indifférente à tout rapprochement sexuel, et, dans son désir impérieux de se marier, elle ne manifeste jamais que des sentiments platoniques. Elle n'a jamais eu l'idée de relations intimes avec aucun des jeunes gens qu'elle a fréquentés. Elle ne s'est jamais livrée à l'onanisme et on n'a jamais remarqué chez elle de gestes ni de paroles obscènes, ni de propension à la nymphomanie. En un mot, suivant une expression de M. Magnan, elle est restée « constamment érotomane dans un état d'exaltation amoureuse très chaste ».

Ainsi, outre ses tares héréditaires, cette malade présente de nombreux stigmates psychiques, parmi lesquels les anomalies sexuelles que nous venons de décrire occupent la première place. Aussi, n'hésitons-

nous pas à la faire entrer dans le groupe particulier de dégénérés désignés par M. Magnan sous le nom de cérébraux antérieurs.

Chez cette femme, le goître exophtalmique est survenu en 1880 et ce n'est que onze ans plus tard que se manifestèrent les premiers troubles psychiques. Au bout d'un an, ceux-ci avaient complètement disparu, mais les signes du goître exophtalmique n'avaient subi aucune modification. Nous ne croyons donc pas que, là encore, il y ait une relation directe entre les désordres cérébraux de la maladie de Basedow. Nevrose et psychose sont les produits différents d'un terrain dégénéré.

V

Goître exophtalmique et délires pseudo-systématisés des dégénérés

Sous le nom de délire chronique à évolution systématique, on décrit aujourd'hui, avec M. Magnan, une espèce morbide toujours identique à elle même, qui, par sa nature, son début, sa marche, se différencie nettement des psychoses des dégénérés.

Le délire chronique apparaît à l'âge adulte, chez des malades dont l'hérédité est nulle ou peu chargée, et qui n'ont présenté jusque là ni déséquilibration mentale ni stigmates de dégénérescence. Sa marche est lente et parcourt d'une façon immuable quatre stades bien définis, se succédant dans un ordre invariable.

Dans une première période, ou d'incubation, le malade est triste, inquiet et, ses idées s'assombrissent ; il est d'abord en proie à une anxiété vague, puis les interprétations délirantes apparaissent.

Dans une seconde période, le délire de persécution s'organise; les conceptions délirantes se systématisent sous l'influence d'hallucinations diverses, en particulier de l'ouïe et de la sensibilité générale.

Dans la troisième période, les idées de persécution font place aux idées de grandeur. On observe d'abord quelques idées de satisfaction, qui s'effacent bientôt complétement devant le délire ambitieux le mieux caractérisé.

La quatrième période enfin est la période de démence qui survient toujours au bout de longues années, après un affaiblissement mental progressif.

Donc, suivant la période où l'on examine ces malades, on a des inquiets, des persécutés, des ambitieux, des déments.

Tel est en quelques mots le tableau clinique du délire chronique à évolution systématique. Nous ne l'avons retracé ici que pour mieux faire ressortir les caractères qui le différencient des délires plus ou moins biens systématisés des dégénérés.

On peut rencontrer en effet, chez les dégénérés, un véritable délire de persécution, mais qui diffère essentiellement de celui que nous venons de décrire par son début, son évolution, son aspect symptomatique et sa terminaison.

Le délire des dégénérés peut éclater à tout âge, même dans l'enfance ; il se montre de préférence chez des malades qui ont une lourde hérédité, qui sont prédisposés par une déséquilibration mentale antérieure, et chez lesquels abondent, en général, les stigmates psychiques et physiques.

Il éclate presque toujours brusquement ; grâce à ses aptitudes spéciales, le dégénéré systématise en quelques jours, en quelques heures ses conceptions délirantes.

Chez le dégénéré il n'y a aucune régularité dans l'évolution du délire ; on ne retrouve plus les quatre périodes qui, chez le persécuté vrai, se succèdent dans un ordre déterminé. Une ou plusieurs de ces périodes peuvent faire défaut ; les idées ambitieuses peuvent être antérieures aux idées de persécution, ou bien, idées de grandeur et idées de persécution sont contemporaines : le dégénéré est ambitieux aujourd'hui, demain il est persécuté.

Les hallucinations de l'ouïe, qui ne manquent jamais chez le délirant chronique, peuvent ne pas exister chez le dégénéré. Tantôt alors, les conceptions délirantes revêtent le caractère des idées obsédantes, tantôt elles reposent sur un vaste échafaudage d'illusions et d'interprétations fausses multiples. Dans quelques cas la coïncidence d'hallucinations multiples jette une confusion extrême dans les idées, et détruit toute espèce de systématisation.

Enfin tandis que le persécuté vrai tombe fatalement dans la démence, le dégénéré guérit la plupart du temps, ou bien, s'il devient dément, c'est au bout d'un espace de temps relativement restreint.

Tels sont les principaux caractères qui permettent de différencier les délires pseudo-systématisés des dégénérés du délire chronique à évolution systématique.

Les observations qui suivent nous montrent des malades chez lesquels la maladie de Basedow s'accompagne de psychoses, qu'il nous est permis de rattacher à ce groupe particulier de délires.

Observation X. (inédite)

Goître exophtalmique. — Délire pseudo-systématique des dégénérés.

Le nommé D... entre à l'hôpital Lariboisière, salle J. Bouley, le 23 janvier 1893. Il est âgé de 49 ans, et exerce la profession de comptable.

Antécédents héréditaires. — Le père, officier de santé, est mort d'accident à 41 ans. Il jouissait d'une bonne santé et ne buvait pas. La mère n'était pas nerveuse et est morte de bronchite chronique à 78 ans. — Il y a eu six enfants dans la famille. La sœur aînée, née à Beaujon, alors que le père y était « interné », est morte très-jeune d'un « coup de soleil ». La deuxième sœur qui jouissait d'une bonne santé, est morte à l'âge de 32 ans de péritonite puerpérale. — La troisième sœur est morte d'une affection pulmonaire à 17 ans. — La quatrième sœur était nerveuse, mais n'avait pas de crises. — Elle est morte pendant le siège « d'une révolution ». — Un frère cadet du malade jouit d'une bonne santé. On ne sait actuellement où il se trouve, mais il joue un grand rôle dans le délire du sujet qui nous occupe.

Antécédents personnels. — A 6 ans, D... aurait eu une fièvre cérébrale.

A 22 ans, variole confluente, mais qui n'a pas laissé de traces.

A 29 ans, il eut un bubon inguinal suppuré, occasionné probablement par un chancre mou. On ne trouve aucune trace ancienne ou récente de syphilis.

A 37 ans, il souffrit de douleurs articulaires.

Enfin depuis l'âge de 35 ans, il a toujours été sujet à des névralgies faciales, dès qu'il se fatiguait à la comptabilité.

Il ne buvait pas et ne semble pas être éthylique.

Comptable jusqu'en 1882, il était occupé de 7 heures 1/2 du matin à 7 heures du soir. Il faisait la correspondance et tenait les livres de plusieurs maisons à la fois.

En 1883, la maison où il était employé, ayant fait de mauvaises affaires, il la quitte et se met placier.

D'un caractère calme, il remplissait toujours très tranquillement ses fonctions, ne se mettait jamais en colère. Il jouissait d'une bonne santé. Il s'est toujours montré un employé tranquille, taciturne, mais peu travailleur, restant facilement à rêver des heures entières. Il ne s'est aperçu de son exophtalmie qu'en janvier 1893, peu avant son entrée ; mais d'après des renseignements pris chez son ancien patron, cette exophtalmie existait depuis de longues années, 12 ans au moins.

En juin 1892, il va demeurer pour se rapprocher d'une nièce, chez un nommé J... rue du Ruisseau, à Montmartre. C'est à cette époque que semble apparaître son délire. Devant la somme de 31 francs à son hôte, il entend celui-ci chuchoter continuellement à tout le monde le montant de sa dette, quoique il fût alors en très bons termes avec la famille J...

Un jour, il offre un bouquet à la femme de l'hôtelier et dans la nuit il entend l'hôtelier, sa femme et un tiers le traiter de « sale pignouf » et lui reprocher cette politesse dans laquelle ils voyaient de bonnes intentions. Ces trois personnes complotent de lui faire casser les deux jambes et de le faire arrêter par la police.

Le lendemain, se jugeant involontairement coupable, il passe la nuit dehors à quelques mètres de la maison. Il en voit bientôt sortir les habitants qui se mettent à sa poursuite. Il parvient à leur échapper après une longue course et se réfugie dans un hangar. Il semble avoir eu à ce moment une hallucination auditive et visuelle, car il prétend avoir vu les personnes qui le poursuivaient et avoir reconnu leurs voix.

Peu après, le logeur lui réclame ce qu'il lui devait. Comme il n'avait pas d'argent, il écrit à sa protectrice pour lui en demander, et quelques jours après, il entend, pendant la nuit, J... et sa femme dire qu'ils ont reçu une lettre contenant ce qui leur était dû. Malgré cela, les hôteliers projettent de le tuer et de le livrer à la police ; aussi, jugeant que cette maison était dangereuse pour lui, il la quitte dès le lendemain, persuadé, du reste, que sa pension était payée.

Des renseignements pris chez J... confirment ces faits. C'était un pensionnaire tranquille, mais qui, alors déjà se plaignait d'être *électrisé* par des individus placés sur le clocher de l'église St-Ambroise. Il a toujours refusé énergiquement de payer sa note qu'il croyait avoir été soldée par sa bienfaitrice.

C'est le 9 octobre qu'il quitte l'hôtel des J...

Il travaillait alors chez M. M... chez qui on prit des renseignements. Celui-ci raconta qu'il connaissait D... depuis 12 ans et que c'était un très-bon employé. Cependant, en septembre 1892, il déroba dans un tiroir de la caisse un titre appartenant à son patron et le mit au Mont-de-Piété. Plus tard, s'étant rendu compte de sa mauvaise action, il était venu l'avouer à M. M... qui, malgré cela, l'avait conservé à son service. Il était du reste très régulier à son travail, mais avait besoin d'être surveillé comme un enfant.

Malgré ce détournement, M. M... le regardait comme honnête, car, il ne lui a jamais, sauf cette fois, détourné un sou de la caisse. Depuis le mois de juin 92, D... se plaignait continuellement d'être *électrisé*. Déjà, à cette époque, il voulait écrire au conseil municipal pour lui réclamer 60,000 francs de dommages intérêts.

D... est resté chez M. M... jusqu'à son entrée dans le service. Après avoir quitté la rue du Ruisseau, il va successivement loger dans plusieurs hôtels sans pouvoir y demeurer plus de deux ou trois jours, continuellement poursuivi par une « surveillance » occulte qui l'électrise, lui lance des décharges dans la tête, le photographie par l'électricité, lui dit des injures et veut le faire arrêter par la police. Ces électrisations sont d'abord nocturnes et lui donnent une fièvre qui l'empêche de dormir. Plus tard, l'électricité se produit même pendant le jour, le poursuit dans la rue, si bien qu'il redoute de sortir et demande à M. M... de l'accompagner. La nuit, il est parfois « hypnotisé » et il entend des voix qui lui donnent des ordres auxquels il est forcé d'obéir.

Vers le 15 Octobre, à la suite d'un accès de fièvre nocturne

plus intense, il s'aperçoit que sa mémoire, bien conservée jusque là, a beaucoup diminué. Il a conservé la mémoire des chiffres, des livres, mais il oublie constamment les objets, les commissions, et a beaucoup de peine à se rappeler la succession de ses idées délirantes.

A ce moment, la « surveillance » est établie sur trois points différents :

1°) rue du Ruisseau, d'où agissent les J...

2°) Clocher de Saint Amboise.

3°) Dans le magasin de M. M... se trouve un agent du préfet de police.

De plus en plus fatigué, se sentant incapable de rien faire, il vient consulter à Lariboisière et entre dans le service le 23 janvier 93.

Etat actuel. — A son entrée, il nous raconte tous les faits que nous venons de rapporter, insistant surtout sur la « surveillance » qui l'électrise et sur les voix qui le menacent et l'insultent. Tous les bruits semblent lui parler ; c'est ainsi que les locomotives le tiennent au courant de ce qui se passe à la préfecture de police.

Vers la fin de janvier et dans les premiers jours de février, il est très tourmenté par les décharges électriques qui lui donnent des bourdonnements d'oreilles et l'abrutissent.

Il écrit de nombreuses lettres au conseil municipal, auquel il réclame, à titre de dommages-intérêts, 50,000 francs de rente et 100,000 francs comptant. Il justifie cette demande par le fait que le travail lui est rendu impossible par les ennuis que lui cause la préfecture de police. En outre, il demande 20,000 francs de rente et 200,000 francs comptant, pour les désagréments que lui occasionne le séjour à l'hôpital.

Depuis quelques jours il s'explique le but que poursuit la « surveillance. » Elle voudrait obtenir pour elle une place à laquelle il a droit, celle d'exécuteur des hautes œuvres. Deibler vient de se retirer et il doit le remplacer. Cette place lui revient de droit, car les bourreaux se succèdent de père en fils. Or, son

père était bourreau en province. Son grand-père et son aïeul étaient également bourreaux, et Sanson parle de cet aïeul dans le récit de l'exécution de Louis XVI. (Cette idée n'est pas neuve, car il en avait déjà parlé à M. M... avant son entrée à l'hôpital.) Du Barry, un agent de la préfecture de police, compétitionne aussi cette place, et fait tous ses efforts pour anéantir son frère qui le remplace en attendant qu'il puisse remplir cette fonction.

Il a été nommé en février 93, et depuis qu'il est employé du gouvernement, la préfecture est de son côté et il entend des voix qui crient : « Vive le bourreau D... ! »

D... est un homme vigoureux, au teint rouge. Ce qui frappe tout d'abord, c'est une *exophtalmie* assez considérable, égale des deux côtés. On observe en outre un *tremblement* des mains rapide, oscillatoire.

Le *pouls* est rapide (100 pulsations le 22 février).

Le *corps thyroïde* est légèrement hypertrophié. C'est en 1880 que le cou a augmenté de volume. D... a dû prendre peu à peu des cols plus grands de 3 numéros. Depuis cette époque le cou a beaucoup diminué de volume et est presque redevenu normal.

La *parole* n'est pas embarrassée, mais un peu lente.

Les *reflexes* sont normaux. Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a pas de chute de la paupière supérieure. Pas d'atrophie musculaire.

Gros appétit, pas de diarrhée.

Les autres organes sont sains.

Chez ce malade ce sont les idées de persécution qui dominent. Il est persécuté successivement par son logeur, à l'occasion d'une dette qu'il a contractée envers lui, et parce qu'il a offert un bouquet à sa femme, puis par les habitants de la maison qu'il habite, et finalement c'est une « surveillance occulte » qui l'électrise, lui lance des décharges sur la tête, le photographie

par l'électricité, lui dit des injures, et veut le faire arrêter par la police. Chez lui, ce sont principalement les hallucinations de l'ouïe et les hallucinations sensorielles qui sont le point de départ de ses conceptions délirantes, ce sont elles qui font naître en lui le sentiment d'une personnalité nouvelle et font éclore les idées de grandeur. Si, en effet, la « surveillance » le persécute, c'est pour l'empêcher d'arriver à la place importante d'exécuteur des hautes œuvres et, c'est à titre de dédommagement qu'il réclame au conseil municipal une indemnité de 100,000 francs.

Il y a donc, dans l'ensemble de ce délire, un semblant de systématisation ; mais malgré cela nous ne croyons pas que le malade soit un persécuté vrai pour les raisons suivantes :

D'abord chez lui, le délire a débuté d'emblée à propos d'une chose insignifiante, la période d'inquiétude a fait complètement défaut. Il a réalisé rapidement des troubles hallucinatoires intenses et des altérations de la personnalité. Presque d'emblée, il a eu des idées ambitieuses sans que sa résistance cérébrale ait été entamée par une psychose ancienne ; les idées de grandeur ont été pour ainsi dire contemporaines des idées de persécution, et il est entré de plain pied dans la période de défense active. Pendant quelques jours, il s'est contenté d'éviter ses ennemis imaginaires, mais il ne tarda pas à réagir plus vivement, et c'est alors qu'il écrivit ses lettres au conseil municipal.

Finalement, il a obtenu satisfaction. Il a été nommé exécuteur des hautes œuvres, et, à partir de ce mo-

ment, il se declare satisfait. Maintenant qu'il est au service du gouvernement, la préfecture est pour lui, les employés crient: Vive le bourreau D...!

Tel est ce délire dont les phases principales ont évolué sans ordre dans l'espace d'une année. Si nous ajoutons que D... présente une asymétrie faciale prononcée, et qu'il paraît avoir eu des scrupules et des obsessions, qu'à l'âge de 6 ans il eut une « fièvre cérébrale » et à 22 ans une variole grave, ce qui pour Cotard suffirait à expliquer son état de dégénérescence, nous pourrons affirmer avec certitude que c'est un dégénéré. De plus son délire est niais mal coordonné et porte l'empreinte d'un état mental antérieur, c'est donc bien chez lui une psychose des dégénérés.

Observation XI. (Ballet, *Revue de médecine* 1889).

Goître exophtalmique. — Hystérie. — Idées de persécution.

Aim... trente-trois ans, tapissier, entré le 7 janvier 1888, salle Delpech, n° 1, hôpital Broussais.

Antécédents héréditaires : Père et mère vivants et bien portants ; père très irritable, ni frères, ni sœurs. Un oncle paternel et un oncle maternel morts dans un asile d'aliénés.

Antécédents personnels : Bonne santé habituelle.

Aim... a toujours été nerveux et émotif ; il y a deux ans et demi, fièvre thyphoïde.

Histoire de la maladie : Le 19 septembre 1886, Aim... se promenait à Marseille sur le bord de la mer, en face du pharo. Il voulut escalader un rocher ; son pied glissa et il tomba à l'eau d'une hauteur de six mètres environ. On le repêcha aussitôt, mais il avait perdu connaissance ; on le porta chez un pharmacien où il ne tarda pas à revenir à lui. De là, on le conduisit à

l'hôpital. Durant les premiers jours qui suivirent l'accident, on n'aurait noté aucun phénomène particulier, si ce n'est une excessive impressionnabilité.

Mais à la fin d'octobre, Aim... commença à éprouver des palpitations ; son cœur se mit à battre violemment, au point de gêner la marche.

« Je ne pouvais parfois, dit le malade, ni avancer ni reculer. » Vers la même époque, le cou gonfla et les yeux devinrent plus saillants. En même temps, le malade remarqua qu'il lui était impossible de marcher dans l'obscurité, et que sa force musculaire avait diminué. Se trouvant alors dans l'impossibilité de continuer son métier de tapissier, Aim... se rendit à Paris. Il fut admis tout d'abord, comme nous l'avons récemment appris, à l'hôpital des Tournelles, dans le service de M. Debove, qui l'examina avec soin et le présenta à la société médicale des hôpitaux. Au mois d'août 1887, on constatait les symptômes suivants, ainsi qu'il résulte de l'observation de M. Debove, publiée dans les bulletins de la Société.

« Aujourd'hui, dit M. Debove, nous constatons l'existence d'une anesthésie généralisée, cutanée et sensorielle (ouïe, odorat, vision). En même temps, il y a perte du sens musculaire, la station et la marche sont impossibles, lorsque les yeux sont fermés. La position des membres est facilement méconnue, lorsqu'elle n'est pas vérifiée par la vision. Notre malade est hystérique, parce que cette anesthésie généralisée est pathognomonique de l'hystérie, parce qu'on ne la rencontre dans aucune autre maladie, avec les caractères spéciaux qu'elle présente ici. Il y a d'ailleurs d'autres symptômes qui viennent confirmer ce diagnostic : très souvent le malade éprouve la sensation d'une boule, qui, partie de la région épigastrique, remonte jusqu'au larynx, s'y arrête, provoque des phénomènes de dyspnée et des signes fort pénibles qui ressembleraient à une attaque de nerfs avortée. Sur quelques points du corps, dans les régions iliaques droite et gauche, au niveau de l'hypochondre droit, à l'union des vertèbres cervicales et dorsales, il y a des zônes hyperes-

thésiques ; la pression sur ces points, provoque des douleurs très vives, quoi qu'en ces mêmes points, la peau soit anesthésiée. En même temps que des symptômes de l'hystérie, existent les symptômes caractéristiques du goître exophtalmique. C'est un goître fruste, car le corps thyroïde est peu ou pas hypertrophié, mais il est un peu douloureux. La saillie des globes oculaires est évidente. Les battements du cœur sont précipités (120 à 140 pulsations) et ils sont si violents qu'ils agitent tout le thorax. »

Le malade quitta l'hôpital des Tournelles vers le milieu de 1887 et se présenta le 26 janvier 1888 à la consultation du bureau central, d'où il fut dirigé dans notre service, à l'hôpital Broussais.

Etat actuel, (du 26 janvier au 15 février).

L'examen nous démontre en effet qu'il existe, comme c'est relaté dans la note de M. Debove, deux ordres de symptômes, les uns se rapportant à l'hystérie, les autres au goître exophtalmique. Mais nous constatons en outre des symptômes qui ne font pas partie de la symptomatologie habituelle de l'hystérie ou de la maladie de Basedow.

I. Symptomes hystériques : A. 1° *Sensibilité générale* :

Il existe une hémianesthésie gauche générale quant à son étendue, absolue quant à son degré. Le malade ne sent en effet, à gauche, ni au crâne, ni au tronc, ni aux membres ; la perte de sentiment existe aussi bien pour le froid et le chaud que pour la douleur et le contact. A droite, la sensibilité cutanée n'est pas abolie, mais elle est notablement diminuée. Le malade perçoit les impressions tactiles, de la chaleur et de la douleur, mais avec beaucoup moins d'intensité qu'à l'état normal. La sensibilité de la plante du pied est la même que celle des autres parties du corps, abolie à gauche, diminuée à droite.

2° *Sens musculaire* : Aboli à gauche, très diminué à droite. De cette abolition résultent des troubles très-accusés de la locomotion et de la station. Le malade étant debout, si on vient à lui occlure les yeux, il se laisse immédiatement aller à gauche,

et, si on n'avait la précaution de le soutenir, il tomberait lourdement à terre, ce qui lui est arrivé plusieurs fois devant nous. Il résulte de ce fait que la marche est impossible dans l'obscurité ou lorsque les yeux sont fermés. Pendant le jour, lorsque les yeux sont ouverts, elle est gênée sans être très difficile. On constate que le malade ne va pas directement devant lui. Il marche en zigzag, comme un homme légèrement pris de vin. Les deux jambes, au lieu de se porter parallèlement l'une au-devant de l'autre, s'entrecroisent de temps en temps.

3° *Sensibilité spéciale :* a.) *Goût.* — Anesthésie complète de la sensibilité générale et spéciale de la langue, qu'on peut piquer sans éveiller la moindre douleur. Le goût du sel, du poivre, du sucre, n'est perçu ni à droite ni à gauche.

b.) *Odorat.* L'ammoniaque provoque une légère impression à droite ; la narine gauche y est tout-à-fait insensible. Il en est de même de l'eau de Cologne.

c.) *Ouïe.* A droite, le malade perçoit le tic-tac de la montre à 7 à 8 centimètres de distance ; pour qu'il l'entende à gauche, il faut que la montre soit directement appliquée contre le pavillon. Si l'on ferme le conduit auditif externe droit avec la main, tandis qu'on adresse à haute voix la parole au malade, celui-ci n'entend qu'une espèce de bourdonnement confus. Il comprend cependant assez bien ce qu'on lui dit, mais il affirme que s'il comprend, c'est parce qu'il suit des yeux les mouvements de nos lèvres. Il paraît bien en être ainsi, car la parole n'est plus du tout comprise, lorsqu'on a soin de se placer derrière le malade.

d) *Vue.* — Rétrécissement considérable du champ visuel à droite ; à gauche, le rétrécissement est encore plus accusé, et le malade voit fort mal de cet œil. Il existe en outre de ce côté, de la diplopie monoculaire très-nette.

En résumé, il y a une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche, avec abolition totale du sens musculaire de ce côté, et une hémidysesthésie droite.

B. *Zônes hystérogènes* : On détermine une douleur vive et une exagération douloureuse des palpitations cardiaques par la pres-

sion de la fosse iliaque gauche. Il existe une seconde zône douloureuse vers la partie dorsale supérieure de la colonne vertébrale.

C. *Attaques* : D'après les renseignements que nous donne le malade, il semble qu'il n'ait jamais eu de véritable attaque d'hystérie. Il éprouve parfois comme une sensation de resserrement et de constriction à la gorge, accompagnée de dyspnée. Mais il est difficile de faire la part de ce qui revient là-dedans au goître et à l'hystérie. Toutefois, nous avons assisté, un matin, à une crise d'hystérie, à la suite d'un examen un peu prolongé du malade. Aim... a ressenti tout d'un coup une sensation pénible dans le ventre, celle d'une boule remontant à la gorge, et l'étouffant. Il est tombé à terre, ne s'est pas débattu d'une façon notable, ne paraît pas avoir perdu connaissance. Cette crise de petite hystérie n'a duré que quelques instants.

6 mars 1890. — Société médicale des hôpitaux.

Aim... est en proie à une constante inquiètude. Le sentiment qui le domine est celui d'une défiance perpétuelle à l'egard de tous ceux, connus ou inconnus qui l'entourent ou qui l'approchent. Son attitude réservée, la difficulté qu'on a à capter sa confiance, et à obtenir des réponses aux questions qu'on lui adresse, laissent entrevoir bien vite, à l'approche de cet homme, le fond de méfiance qui est actuellement le trait dominant de son caractère. Lorsque, avec mille précautions, nous arrivons à obtenir que le malade nous renseigne sur les sentiments intimes qui l'agitent, sur les motifs de l'excessive réserve qu'il nous témoigne, Aim... finit par nous apprendre ce qui suit. Il est convaincu « qu'on lui en veut » et « qu'on le persécute » ; aussi, a-t-il horreur de la société. Il aime mieux se trouver seul. Il lui est particulièrement pénible de se trouver au milieu des gens qu'il connaît ; il préfère au contact des gens qu'il a déjà vus plusieurs fois, celui de la grande foule inconnue au milieu de laquelle, sur le boulevard, par exemple, il éprouve moins d'appréhensions. Encore, dans cet isolement relatif où il se complaît, n'est-il pas absolument tranquille. Souvent, au café, par exemple, il a cru re-

marquer qu'on parlait de lui ; ses voisins inconnus faisaient des gestes, et évidemment s'occupaient de sa personne. Aussi, prenait-il rapidement sa consommation et se hâtait-il de quitter l'établissement. A l'hôpital, même chose se produit. Aim... se défie de ses compagnons de salle ; s'il se promène, c'est tout seul. Les malades et les infirmiers lui en veulent. Le besoin d'isolement qu'Aim... ressent si vivement, est pour lui l'occasion d'une vie inquiète et bizarrement agitée. Est-il à Paris il n'a qu'un désir, celui de retourner à Béziers, son pays natal. Est-il à Béziers, qu'il rêve de rentrer aussitôt à Paris. C'est par surprise que nous l'avons amené à entrer à l'hôpital ; et il ne rêve qu'une chose, en sortir pour regagner Béziers. Il nous avoue du reste que, aussitôt arrivé dans cette dernière ville, il se hâtera de la quitter pour Marseille si, par hasard, il y rencontre quelqu'un de Paris.

Aim... n'est pas un mélancolique, mais bien un persécuté; c'est autour de lui, non en lui-même que résident les agents de son anxiété.

Aim... circonscrit son délire de persécution, et parmi les persécuteurs dont il a fait choix, il en est trois qu'il accuse plus particulièrement : c'est son père, résidant actuellement à Béziers; c'est M. Debove dans le service duquel il a été à Andral; c'est nous-même surtout qui, à différentes reprises, avons eu à le soigner.

Son père, de longue date, lui en veut; rien ne semble cependant légitimer une pareille hypothèse; le malade néanmoins s'y attache avec une certaine persistance. Il est même allé jusqu'à se livrer sur son père à des tentatives de voies de fait; il y a quelques mois, au cours d'une petite discussion, il a braqué le canon d'un fusil sur ce dernier; à la suite de cet incident, il aurait même été sur le point d'être traduit en justice, et aurait fait cinq jours de prison préventive à Béziers. Une ordonnance de non-lieu aurait été rendue après expertise médicale.

Quant à nous, Aim... nous redoute et le déclare sans détour ; il nous redoute, « parce que nous le persécutons. » Lors de son dernier retour à Paris, se trouvant dans l'embarras, et se

rappelant que nous lui avions porté intérêt, il est venu à l'Hôtel-Dieu nous demander des bons de médicaments et de douches; nous les lui avons remis, en lui assignant rendez-vous pour une date ultérieure. Aim... n'est venu nous trouver que fort longtemps après la date convenue, et lorsque nous lui demandons la raison de ce retard, il nous raconte ce qui suit : « Ayant besoin de vous, je suis venu souvent, pour vous voir, jusqu'à la porte de l'hôpital; mais, arrivé, je n'osais pas entrer, j'avais peur de vous voir, d'être encore persécuté par vous, et je m'en retournais. Il a fallu que vous me rencontriez à la porte pour que je me sois décidé à en franchir le seuil. »

Chaque fois que j'approche du malade, à son attitude, à l'expression de sa physionomie, à ses premières réponses, je constate vite que ma présence lui est souverainement désagréable. Je n'obtiens des réponses de lui qu'à la condition de le questionner avec une longue insistance, et une excessive douceur. Aim..., à différentes reprises, paraît avoir tenté de se suicider. Il a voulu s'empoisonner, et aurait pris dans ce but, en une seule dose 30 centigrammes de morphine; une autre fois il a essayé de se pendre. Plusieurs fois, en passant près de la Seine, il aurait sérieusement songé à s'y jeter, sans toutefois avoir eu le courage de réaliser ce fâcheux projet.

Souvent la nuit, et fréquemment le jour, en dehors de l'hôpital comme à l'hôpital, à Béziers comme à Paris, il nous voit en imagination. Nous lui apparaissons très distinctement, nous sommes, en général, revêtu du tablier d'hôpital, nous adressons la parole au malade qui à la vérité, ne distingue pas parfaitement ce que nous lui disons, et n'entend qu'un murmure sourd et indistinct.

Il voit aussi M. Debove, puis son père qui lui fait des gestes de menace, et un de ses oncles, actuellement mort. Il voit les juges qu'il a eus réellement au Palais de Justice, à Paris, dont il a été, durant sa vie oisive, un hôte assidu. Il voit les gendarmes et entend le cliquetis de leur sabre. L'hallucination auditive vient se joindre à l'hallucination visuelle. Aim... a notam-

ment en grippe un malade de la salle « qui lui parle à l'oreille ». Il paraît même avoir eu, à plusieurs reprises, des hallucinations olfactives : deux fois, il a senti au pied de son lit « comme une chose purulente. » Il a de fréquents cauchemars au cours desquels apparaissent les visions les plus terrifiantes. Ces visions persistent et s'éternisent plus ou moins après le réveil. « Cette nuit, nous dit-il, j'ai eu un cauchemar terrible ! J'ai vu deux hommes noirs, et, pendant plus d'une heure après mon réveil, j'ai continué à voir ces mêmes hommes. »

Ce malade est à la fois hystérique et exophtalmique, de plus il présente un délire dont nous allons essayer de déterminer la nature. Analysant minutieusement les troubles psychiques de son malade, et leur genèse, M. Ballet conclut en admettant que, l'hystérie a créé les hallucinations visuelles que le goître exophtalmique s'est ensuite appropriées, et dont il s'est servi pour réaliser les idées de persécution.

Sur ces hallucinations visuelles, nous le voyons échafauder un délire de persécution plus ou moins bien systématisé ; il se livre à des interprétations délirantes, commet des tentatives d'homicide et de suicide. Ce malade est bien un persécuté ; c'est autour de lui que résident les agents de son anxiété. Parmi ses persécuteurs, il en est trois qu'il accuse plus particulièrement : c'est M. Debove dans le service duquel il a été à Andral ; c'est M. Ballet qui a différentes reprises a eu occasion de le soigner ; c'est enfin son père qui réside à Béziers. Plus tard, l'hallucination auditive vient se joindre à l'hallucination de la vue ; il prend en grippe un malade de la salle « qui lui parle à l'oreille ». Il pa-

rait même avoir eu des hallucinations olfactives ; deux fois il a senti au pied de son lit « comme une chose purulente ».

Pour échapper à ses persécuteurs, il se livre à des périgrinations multiples. Il va de Paris à Béziers, de Béziers à Paris et projette d'aller à Marseille pour éviter à la fois ses persécuteurs de Paris et de Béziers. Deux fois, il a fait des tentatives de suicide, et une fois il faillit tirer un coup de fusil sur son père. Là s'arrête le délire de notre malade ; il n'a pas encore réalisé d'idées ambitieuses.

En présence de ce persécuté qui réagit d'une façon si manifeste, nous pouvons nous demander si nous ne sommes pas en présence d'un délire chronique en voie d'évolution. Or, outre qu'ici les hallucinations de la vue prédominent, alors qu'elles sont exceptionnelles chez le persécuté vrai, d'autres motifs nous font pencher en faveur d'un délire pseudo-systématisé chez un dégénéré.

C'est d'abord le passé du malade qui est fortement entaché d'hérédité. Du côté paternel, nous relevons : père, caractère très-irritable, deux oncles morts aliénés. Du côté maternel, mère sujette à de fréquentes pertes de connaissance ; grand'mère fantasque, s'est suicidée.

Nous voyons en outre qn'il a eu des convulsions très-fréquentes dans l'enfance, qu'il a toujours été nerveux et émotif, qu'il a eu il y a deux ans et demi une fièvre typhoïde ; enfin qu'il a subi un traumatisme grave ; qu'il a toujours mené une existence oisive et qu'il est un « hôte assidu du palais de justice. »

Si nous ajoutons que dernièrement, Roubinowich a signalé dans sa thèse inaugurale la fréquence de l'association de l'hystérie à la dégénérescence mentale, nous aurons beaucoup de raisons de soupçonner la nature dégénérée du terrain sur lequel évolue le délire de notre malade.

A la suite de la communication de M. Ballet, M. Renaut, de Lyon, publia une « observation pour servir à l'histoire des troubles cérébraux symptomatiques de la maladie de Basedow » Pour M. Renaut, il s'agit dans cette observation d'une femme chez laquelle le goître exopthalmique s'accompagne de « délire de persécution ». Les idées de persécution se développèrent « parallélement » à l'exacertation des termes du syndrome de Graves, aboutirent à une tentative de suicide, après quoi tout rentre dans l'ordre au point de vue mental en même temps que les signes du goître exophtalmique s'atténuaient lentement. La malade n'étant pas hystérique, M. Renaut admet une relation de cause à effet entre le délire de persécution et la maladie de Basedow.

Observation XII. (Renaut de Lyon, *Société médicale des hôpitaux*, 28 mars 1890.

Goître exophtalmique, absence d'hystérie et de troubles psychiques antérieurs au goître. — Délire de persécution passager : tentative de suicide. - Retour complet à l'intégrité des opérations cérébrales coïncidant avec une amélioration progressive des symptômes de la maladie de Basedow.

A. V... 57 ans, entre à l'hospice du Perron le 24 septembre 1885, n° 9 salle Paul Jouve. C'est une fille dont la santé à tou-

jours été délicate, née d'un père phtisique mort à 33 ans, et d'une mère morte à 75 ans, dont le caractère était simplement nerveux et un peu impressionnable. Mais, enquête faite, on n'a point constaté de maladies nerveuses proprement dites, ni d'affections cérébrales chez les ascendants de cette malade.

Elle a étéréglée à 15 ans, régulièrement depuis. Elle était sujette pendant sa jeunesse à des névralgies et s'enrhumait fréquemment. Elle n'a jamais été chlorotique, et n'a jamais eu d'attaques de nerfs. La ménopause est arrivée à 45 ans sans s'accompagner d'accident digne d'être noté.

Mais à peu près à cette même époque, A. V... éprouva de nombreuses difficultés d'existence et des chagrins de toutes sortes. Elle est prise alors d'hémoptysies types qui se renouvellent quatre fois dans l'espace de quelques semaines. Alors, son cou qui avait commencé à grossir dès 1877, devint rapidement de plus en plus volumineux. En même temps, il se produisit des palpitations, des accès d'oppression, des névralgies rebelles, une sensation perpétuelle de chaleur intérieure, et enfin de l'oxorbitisme dont elle ne peut préciser le début, mais qui, en 1884, était devenu très net, de sorte que dès son entrée dans le service de M. le Professeur Renaut, à l'hôpital de la Croix Rousse, le diagnostic de la maladie de Graves type fut posé d'emblée.

La malade, couchée au N° 20 de la salle Ste Blandine, y fit un long séjour sans rien présenter d'abord de particulier au point de vue du système nerveux. Puis brusquement elle devint sombre, craintive, se cachant contre son oreiller dès qu'on la voulait interroger. On recherche alors soigneusement les raisons de ce changement ; on constate positivement l'absence de tout stigmate suspect au point de vue de l'hystérie. Au bout de quelques jours, la malade réclame son exeat sous prétexte qu'on lui en veut dans la salle, que les malades et les sœurs la regardent de travers etc...

Elle finit par obtenir sa sortie, et, le jour même, elle se jette au Rhône, d'où elle est du reste immédiatement retirée par des bateliers riverains.

Depuis lors, cette femme cache très soigneusement sa tentative de suicide dont elle a la plus grande honte. On parvient néanmoins à savoir qu'elle avait agi sous l'influence d'une impulsion irrésistible à en finir avec la vie, les chagrins lui ayant paru subitement insurmontables et interminables. Elle a parfaitement conscience que cette manière de voir était illusoire.

D'ailleurs, aussitôt après sa tentative de suicide, elle a cessé d'entendre des voix et de songer uniquement à ses ennuis et à ses chagrins.

Dès son entrée au Perron, en 1885, sa cérébration était devenue parfaite. Elle est simplement tourmentée par ses anciennes névralgies, siégeant tantôt à la face, tantôt sur les nerfs intercostaux ou sur ceux des membres ; ce sont des névralgies vagues, sans points de Valleix bien déterminés.

En somme cette malade est la moins ancienne et la moins bizarre des trois malades atteintes de la maladie de Basedow qui sont actuellement dans le service.

Au point de vue du syndrome de Graves, l'état de A.V... était le suivant en 1889.

Goître. Au cou, goître bien développé, surtout à gauche, donnant à la palpation la sensation d'une masse molle, dépressible. A l'inspection on voit des battements isochrones à la pulsation cardiaque, qui ne sont pas communiqués par les carotides (lesquelles battent fortement, surtout à droite) ; pas de thrill. A l'auscultation, pas de souffle, ni continu, ni discontinu ; mais on entend d'une façon très nette la propagation des bruits du cœur. Ce goître gêne la malade, surtout dans la marche, la course, les travaux pénibles, au point de lui causer parfois des accès de suffocation, peu intenses cependent. Elle remarque que de temps en temps la voix devient rauque sans motif apparent, et sans rhume existant.

Exorbitisme. L'exophtalmie est très prononcée, bilatérale, la paupière supérieure semble un peu paresseuse dans ses mouvements sur le globe. Pas de troubles fonctionnels, d'ailleurs, du côté de la vue qui est bonne.

Tremblement. Le tremblement, qui manquait complètement au début et dans les premières années de la maladie, commence à apparaître ; il est encore peu accusé. On trouve quelques oscillations aux doigts, qui, de prime abord, pourraient être mises sur le compte de l'émotion.

Mais la malade affirme que de temps à autre et sans cause appréciable, ce tremblement s'exagère au point de la gêner dans son travail de couturière.

Phénomènes nerveux accessoires. L'état nerveux général est toujours peu développé, sauf les névralgies qui reviennent fréquemment. Dans leurs intervalles, la malade est calme. Le système entier des vaso-moteurs de la face est légèrement parésié. Le teint du visage et du cou est coloré, ce qui n'existait pas avant la maladie de Graves, affirme la malade. La rougeur habituelle existe aussi aux mains et aux pieds. Partout où elle existe, la patiente ressent une sensation de chaleur extrêmement marquée, et qui la tourmente. En dehors de là, pas de troubles trophiques, ni d'œdèmes, ni d'éruptions figurées à la peau.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

(Note prise en janvier 1889, par M. Philippe interne de service).

Février 1890. Même état, plutôt atténué dans son ensemble. L'exophtalmie, en particulier, a paru rétrograder. Aucun trouble mental ni aucun stigmate hystérique ne peuvent être relevés.

S'agit-il bien dans ce cas d'un vrai délire de persécution ? Nous ne le croyons pas. La malade, il est vrai, se figure qu'on lui en veut dans la salle, que les malades et les sœurs la regardent de travers, mais ce sont là des illusions, des interprétations délirantes qui ne peuvent pas suffire à constituer un délire. Ces idées ont débuté brusquement, après quelques

jours d'inquiétude et ne paraissent basées sur aucune hallucination bien que M. Renaut dise incidemment que la malade a cessé d'entendre des voix aussitôt après sa tentative de suicide. Cette tentative de suicide, d'ailleurs, en quoi a-t-elle consisté ? La malade va nous le dire elle-même. Le jour même de sa sortie en passant sur le bord du Rhône, elle est prise d'une impulsion irrésistible à s'y jeter. Aussitôt retirée du fleuve, elle a la plus grande honte de sa tentative de suicide, et elle a parfaitement conscience de l'absurdité de cet acte. Peut-on décrire plus exactement l'impulsion irrésistible caractéristique de l'état de dégénérescence ? Le persécuté vrai croit avoir de bonnes raisons de mettre fin à ses jours, et loin de reconnaître l'absurdité de son acte, il le justifie aux yeux de tous par l'intensité de ses maux qu'il croit être réels.

D'autre part, chez cette malade, le goître exophtalmique a évolué lentement et progressivement pendant une période de douze ans ; les troubles mentaux au contraire n'ont duré que quelques jours, n'ont été qu'un épisode transitoire au cours de la maladie de Basedow. Aussi croyons-nous pouvoir conclure que ces troubles psychiques relèvent de la dégénérescence mentale et qu'il n'y a aucune relation de cause à effet entre leur apparition et le goître exophtalmique.

Voici l'observation d'un malade, chez lequel la dégénérescence mentale nous paraît manifeste. Après avoir été successivement excité et déprimé, après avoir passé par des alternatives d'amélioration et

d'aggravation, le malade fut pris quelques semaines avant sa mort du délire de persécution le mieux caractérisé. Ce délire évolue complètement dans l'espace de 6 mois. Il débute par des idées de satisfaction; puis surviennent presque immédiatement et simultanément les idées de grandeur, les idées de persécution et des hallucinations sensorielles ; les hallucinations de l'ouïe paraissent avoir fait complètement défaut.

Observation XIII. (Geigel. *Wurzburger medicinische Zeitschrift*, 1866.)

Goître exophtalmique. Idées de persécution systématisées chez un sujet ayant déjà présenté plusieurs crises d'excitation et de dépression.

M. D... est âgé de 48 ans. La maladie débute en 1861, à la suite d'un refroidissement. C'est un homme très instruit, très intelligent mais extrêmemeut nervenx. Il eut de nombreuses maladies.

Pendant l'hiver de 1861-62, D... alla consulter le Dr Herz. Il se plaignait d'avoir toujours trop chaud; son pouls était très-accéléré, il croyait avoir une hypertrophie du cœur ; il n'était pas oppressé, ne toussait pas. Il dormait difficilement et se plaignait de troubles digestifs.

Au mois de mai, le malade se soumit à l'hydrothérapie et au bout de six semaines, il se sentait très soulagé. Mais son entourage remarqua qu'il était bien changé. Ses yeux étaient proéminents et faisaient une forte salllie hors de l'orbite; son cou avait augmenté de volume à tel point que le malade dut prendre des cols de chemise de plus en plus grands. Le cœur était dans le même état. Pas d'œdème; pas d'albumine dans les urines.

Ce fut au mois de juillet 1862, que je fus pour la première fois appelé en consultation avec le Dr Herz.

A cette époque le malade était très amaigri ; il était très excité et parlait avec volubilité. Les paupières étaient grandes ouvertes, et ne se fermaient pas complètement pendant le sommeil : les globes oculaires saillants, douloureux spontanément et à la pression.

Pas de paralysies voculaires. Sclérotique blanche, brillante, non injectée ; cornée claire ; iris bleu-clair, dilaté ; vue conservée. Visage rouge, congestionné ; la temporale battait avec force. Le malade éprouvait une sensation de chaleur continuelle.

Le cou était énorme, bleuâtre, sillonné de veines gonflées et tendues. Les carotides étaient animées de pulsations très-visibles et paraissant se communiquer à tout le cou. A gauche, en dehors du muscle sterno-cleido-mastoïdien, existait un fort frémissement systolique que le malade avait déjà remarqué.

Des deux côtés, bruit de souffle systolique.

La pointe du cœur battait en dehors du mamelon dans le 6e espace intercostal. Bruits du cœur faibles ; au niveau du 3e espace intercostal, léger bruit de frottement. Pouls très-rapide, jamais au-dessous de 120, petit, bondissant.

Organes respiratoires sains. Pas de dyspnée, ni de toux.

Appétit mauvais, langue bonne, constipation ; pituites matutinales ; urines normales.

Depuis plusieurs semaines, nous avons vu survenir des troubles cérébraux d'une singulière complexité. Tantôt le malade est excité ; il passe des nuits entières sans sommeil ; il se montre d'une vivacité et d'une irritabilité extraordinaires, il est continuellement en mouvement. Tantôt, au contraire, il est déprimé ; la mémoire lui fait complètement défaut ; il ne se souvient pas des événements du jour. Ses paroles sont incohérentes ; il confond les personnes, les jours, les lieux.

Le traitement consista en applications de sangsues derrière les oreilles, et de vessies de glace sur la tête. La digitale ne parut pas avoir d'action sur le pouls. Peu à peu, les troubles cérébraux s'amendèrent, et au mois d'août le malade put se rendre à Bruckenau pour s'y reposer. A cette époque il avait

toute sa lucidité d'esprit, mais était toujours irritable et d'une grande faiblesse. Il ne pouvait soutenir sans fatigue une conversation de plus de dix minutes.

Plusieurs semaines après son retour des bains, il s'améliora visiblement ; il put entreprendre chaque jour des promenades de plus en plus longues, et la circonférence du cou diminua jusqu'au milieu d'octobre d'une telle façon, qu'elle atteignit presque la normale.

Depuis cette époque jusqu'au commencement de 1863 les mêmes symptômes réapparurent et atteignirent peu à peu une grande intensité : palpitations violentes, goître énorme, veines de la grosseur du petit doigt et immenses sur le cou et la partie supérieure de la poitrine, exophtalmie effrayante, pupilles dilatées, mais réagissant, sensation de chaleur insupportable, perte de l'appétit et amaigrissement. Malgré cela, le malade est gai et satisfait de son état. La parole est brève ; il confond fréquemment les mots qui ont la même consonnance.

Cette exacerbation rétrograda encore une fois dans l'espace de quelques semaines et bien que le malade conservât encore les symptômes capitaux et fut astreint à une vie très calme, il se réjouit de cette amélioration ; il éprouva une sensation de bien être inaccoutumé. Il en profitait pour discuter avec certaines personnes qui lui étaient sympathiques, sur diverses spéculations.

Au mois de mars 1863, l'affection s'aggrava de nouveau et les troubles psychiques se présentèrent sous une nouvelle forme. Le malade pouvait à peine supporter une conversation d'un quart d'heure, il ne tardait pas à s'exciter à un tel point qu'il était obligé de s'interrompre. Il racontait, d'une voix que l'excitation faisait trembler, comment, dans ces derniers temps, « il s'était trop fatigué par de profondes recherches philosophiques, mais que cependant il était satisfait des résultats obtenus. Il croyait maintenant à l'existence d'un être divin, lui, autrefois matérialiste convaincu ; le courage lui était revenu à lui qui n'espérait plus aucune guérison. Il s'étendrait volontiers avec moi sur de

longs détails, mais il avait besoin de ménagements pour éviter l'excitation. »

Au bout de quelques semaines apparurent de nouveaux troubles psychiques. Il s'accusa de fautes imaginaires, se crut condamné pour l'éternité ; la nécessité d'une expiation reposant sur la purification efficace s'imposa à son esprit.

Vers la fin de juillet 1863, le malade qui ne se nourrissait que de riz et de lait, passait des nuits entières sans sommeil. Il assurait constamment à son entourage que ses spéculations touchaient à leur fin et allaient être couronnées de succès. Mais il était persécuté par des opérations galvaniques de l'école matérialiste qui, pendant la nuit, accumulait les piles dans sa chambre pour le troubler dans ses méditations. Finalement, il aperçut le matérialisme lui-même en la personne d'une vieille femme qui le gardait et qu'il eût jetée par la fenêtre, si on n'était venu à son secours.

Le lendemain matin, il me raconta avec enthousiasme qu'il avait enfin résolu le problème que Platon, Kant, Schelling, Hegel n'avaient pu résoudre, et qu'il avait trouvé une formule mathématique très simple (il était professeur de mathématiques et de physique) pour expliquer l'énigme de la création. Il me communiqua même cette formule qu'il appelait « moins un, » afin qu'elle ne fût point perdue pour l'humanité après sa mort, qu'il sentait venir.

Le soir même, il fut transféré dans la section des aliénés où il mourut quelques jours plus tard, emporté par un épuisement progressif.

Voici une observation due au Dr Arnaud de Vanves, et que nous empruntons à la thèse du Dr Boeteau. Nous l'avons reproduite ici, parce que nous avons tenu à citer toutes les observations publiées dans lesquelles le goître exophtalmique se complique de troubles mentaux. A la vérité nous sommes fort embarrassé

pour conclure dans un sens ou dans l'autre. Avons-nous affaire à un délire de persécution vrai ou à un délire systématisé chez une dégénérée? L'âge de la malade, la longueur de l'évolution du délire dans le cours duquel nous retrouvons des hallucinations de l'ouïe et les hallucinations sensorielles, les idées de persécution et les idées de grandeur, plaident fort en faveur d'un délire chronique à évolution systématique. D'autre part l'hérédité vésanique, l'absence de détails sur les « interprétations délirantes innombrables » qu'a présentées cette malade et surtout la coïncidence d'idées de persécution très accentuées avec les idées de grandeur nous permettent de faire quelques réserves en faveur de la dégénérescence mentale. Quelle que soit d'ailleurs la nature des troubles psychiques observés chez cette malade, nous pouvons affirmer que la maladie de Basedow n'a eu aucune influence sur leur apparition. Le goître exophtalmique en effet a duré cinq ans de 30 à 35 ans et ce n'est qu'après la disparition presque complète de tous les symptômes de cette affection que sont survenus les troubles mentaux.

Observation XIV. Dr Arnaud (de Vanves,) in Thèse de Boeteau, 1892.

Goître oxophtalmique. — Idées de grandeur et de persécution chez une héréditaire.

Mme V... Mathilde 47 ans, sans profession, entrée à l'hospice de Vanves, en août 90, morte de syncope cardiaque en février 92.

Antécédents héréditaires. Oncle paternel hypochondriaque, s'est suicidé. Deux filles manifestement névropathes, ayant déliré sous l'influence de leur mère.

Histoire de la maladie. A eu de 30 à 35 ans un goître exophtalmique. A d'ailleurs les globes oculaires encore un peu saillants. Plusieurs attaques de rhumatisme. Très intelligente.

Douze ans avant son entrée, s'est aperçue qu'on s'occupait d'elle avec malveillance. Allusions blessantes en paroles et en gestes pour elle et ses filles.

Plus tard, on les avait injuriées... actrices, cocottes, vaches. Elles ne pouvaient plus sortir, sans être exposées à toutes sortes d'insultes et d'avanies.

Tout cela était l'œuvre des anarchistes et des francs-maçons conduits par une personne qu'elle nomme.

On les hypnotisait, on les magnétisait, on les électrisait de façon à les rendre malades.

A son entrée, on constate des hallucinations de l'ouïe très rares, des hallucinations psychiques fréquentes. On dirige sa pensée par l'électricité, on lui envoie « des courants d'idées. » Elle accuse toujours M. R... et les anarchistes.

Interprétations délirantes innombrables. En août 1891, elle manifeste des idées de grandeur, parle d'un « secret d'état » et de « sa mission. » Tout cela à demi-mots, avec des réticences, tandis qu'elle est très expansive sur les idées de persécution très actives. Parle plus volontiers de sa mission qui consisterait à sauver la France des anarchistes et de la Révolution.

Idées de persécution extrêmement développées qui produisent des paroxysmes d'excitation.

Même état jusqu'à la mort, survenue subitement en février 1892.

L'influence qu'a exercée le goître exophtalmique sur la production des troubles psychiques observés chez ces quatre derniers malades paraît avoir été absolu-

ment nulle. Dans les quatre cas la maladie de Basedow a débuté plusieurs années avant l'apparition des troubles mentaux. Dans deux cas le goître exophtalmique et les troubles psychiques ont persisté sans amélioration notable. Dans un cas la mort est survenue par suite de l'exagération des troubles mentaux, sans que les symptômes du goître exophtalmique se soient modifiés. Dans le quatrième cas enfin, la maladie de Basedow était presque complètement guérie lorsque survint un délire à marche essentiellement chronique.

Nous croyons donc que, sauf un cas douteux, il n'y avait de commun entre les deux ordres de symptômes qu'un état de dégénérescence manifeste.

VI

Goître exophtalmique et états maniaques.

Il existe une variété de manie, la manie franche aigüe, que tout le monde s'accorde à considérer comme la manie type, essentielle, opposée à certaines variétés de manies symptomatiques de divers états pathologiques. Cette forme de manie constitue une véritable entité morbide et clinique dont nous allons exposer brièvement les caractères, afin de montrer en quoi elle diffère de la manie des dégénérés.

M. Magnan considère dans l'évolution de la manie franche trois stades successifs. 1° un stade de début ou initial; 2° un stade d'excitation, 3° un stade de déclin.

Le stade de début est quelquefois très court et l'accès maniaque peut débuter brusquement à la suite d'une cause occasionnelle banale; le malade peut réaliser d'emblée la période d'excitation dans toute son intensité; mais presque toujours il existe une période prodromique nettement caractérisée. Le malade d'abord déprimé et abattu reprend peu à peu ses forces; il devient loquace, exubérant et paraît revenu à la santé, mais il ne tarde pas à dépasser la mesure; il se

montre bientôt irritable, emporté et l'accès éclate.

Le stade d'excitation peut se caractériser par cette formule de M. Magnan : « *Tout au dehors.* » Ce qui domine à cette période, c'est une suractivité extrême. c'est l'exaltation de tous les centres corticaux. De la surexcitation démesurée de toutes les facultés intellectuelles résulte une incohérence plus ou moins absolue dans toutes les paroles et dans tous les actes du maniaque. Mais cette incohérence n'est qu'apparente et une observation approfondie fait presque toujours découvrir un ordre réel dans les idées les plus divergentes du malade.

Parallèlement aux troubles intellectuels, on observe du côté de la motilité des troubles non moins importants : c'est une loquacité intarissable, ce sont des mouvements brusques, désordonnés ; des actes d'une violence extrême, des accès de colère dans lesquels les malades ne connaissent aucun obstable, renversent, brisent, déchirent tout ce qui tombe sous les mains.

Dans certains cas on voit survenir des hallucinations, des illusions qui impriment aux conceptions un caractère exclusivement délirant.

Le stade de déclin s'annonce par l'apparition d'intervalles lucides qui deviennent de plus en plus fréquents et de plus en plus prolongés.

L'excitation s'atténue progressivement, et même dans certains cas le stade de déclin s'annonce par une période de dépression.

Très-souvent la manie franche guérit ; dans quelques cas elle passe à l'état chronique et aboutit à la démence.

Exceptionnellement elle se termine par la mort qui est alors due à une complication, délire aigu, pneumonie etc. Tel est aussi rapide que possible l'exposé de la manie franche.

On ne saurait ainsi chez les dégénérés faire un tableau unique de la manie ; car on peut dire que chez eux il n'y a pas une manie, mais des états maniaques qui empruntent à la nature même de l'état mental antérieur du sujet et à son mode de déséquilibration, un cachet tout particulier.

Malgré cela les états maniaques des dégénérés, ont des caractères qui permettent de les différencier nettement de la manie franche.

Chez les dégénérés, l'excitation maniaque débute presque toujours brusquement, et souvent à l'occasion des motifs les plus futiles ; un excès, une fatigue, un choc moral suffisent pour transformer immédiatement un déséquilibré en maniaque. On sait combien sont fréquents, chez la femme les accès de manie qui surviennent à la moindre pertubation menstruelle, à la ménopause ou à l'occasion d'une grossesse.

Presque toujours, la manie des dégénérés est un épisode transitoire. De même que l'accès est survenu subitement, de même il cède, en général, brusquement, dès que disparaît la cause qui lui a donné naissance. Quelquefois, sa durée est plus longue ; le calme ne vient que peu à peu, mais la guérison ou plus exactement la cessation de l'accès est la règle. Dans la majorité des cas en effet, la guérison n'est qu'apparente et n'est en réalité qu'une rémission. Tandis que le

vrai maniaque est en droit d'espérer une guérison définitive, le dégénéré est toujours exposé à des rechutes et il est même fréquent de voir l'accès se reproduire périodiquement quelquefois sous l'influence de la même cause déterminante.

A la période d'état, la manie des dégénérés revêt un aspect symptomatique bien spécial, et en rapport avec l'instabilité native de leur intelligence. Il est rare que l'excitation maniaque occupe seule la scène ; presque toujours on voit survenir en même temps différentes formes de délirés. Tantôt ce sont des idées de persécution, des idées de grandeur, des idées mystiques ou des propos érotiques qui viennent se greffer sur la manie, tantôt ce sont des hallucinations multiples ou des illusions qui viennent compliquer le tableau symptomatique.

Il est exceptionnel de voir un déliré chronique, entraver la marche de la manie chez les dégénérés. Même dans ce cas, l'état du malade n'est pas incurable ; le pronostic est plus grave, mais la guérison peut encore survenir.

Ajoutons que chez les dégénérés les signes de manie et de mélancolie se combinent fréquemment et que rien n'est plus commun chez eux que les moments d'activité et de torpeur alterternatifs. Enfin, il est un point sur lequel il convient d'insister particulièrement, c'est que les maniaques dégénérés conservent toujours un certain degré de conscience. Chez eux en effet l'état maniaque n'est qu'une transition entre leur déséquilibration habituelle et le délire constitué ; leurs

facultés intellectuelles ne sont pas affaiblies et leur incohérence apparente n'a d'autre cause que l'extrême rapidité, la grande mobilité de leurs pensées. Quelque soit le paroxysme de leur agitation, presque toujours il se trouve un moment où, le dégénéré reprenant pour ainsi dire possession de lui-même, il est possible de fixer son attention et d'obtenir de lui des répensées sensées. C'est d'ailleurs le propre du dégénéré de procéder par des hauts et des bas successifs et de n'être jamais semblable à lui-même.

On ne saurait confondre les états maniaques que nous venons de décrire avec les états maniaques qui peuvent s'observer chez les épileptiques ou chez les paralytiques généraux. Chez l'épileptique l'excitation survient toujours à l'occasion d'une crise convulsive ou d'un vertige et s'accompagne de la perte absolue du souvenir. Chez le paralytique général à la première période, il existe déjà le plus souvent des idées de grandeur absurdes ou des projets extravagants et d'ailleurs les troubles somatiques, inégalité pupillaire, hésitation de la parole etc., mettront sur la voie du diagnostic.

Les trois observations qui suivent sont celles de dégénérés atteints d'excitation maniaque. Chez eux la dépression mélancolique fait défaut, ce qui constitue une exception, comme nous l'avons déjà dit.

Observation XV (Dr Kéraval, in Thèse de Martin, 1890).

Excitation maniaque chez un déséquilibré. — Goître exophtalmique. — Manie du jeu.

H. B... israélite, âgé de 37 ans, placier en diamants, né à Amsterdam, traité à l'asile de Ville-Evrard.

Déclarations de Mme B... femme du malade.

Son mari est fils de l'oncle paternel de Mme B... ils sont donc cousins germains.

Antécédents héréditaires. — *Mari.* Père mort à 63 ans d'une maladie de foie. Il était commissionnaire en marchandises et très sobre. — Mère morte à 30 ans de phtisie pulmonaire. Elle se serait mariée étant déjà phtisique et sa maladie était très avancée, lorsqu'elle mit au monde M. B...

Femme. Père mort à 75 ans de ramollissement cérébral. La maladie dura sept mois. Le malade était aphasique et ne reconnaissait personne. — Mère vivante âgée de 76 ans, n'a jamais été malade.

Parents communs. Deux oncles paternels sont morts, l'un de diarrhée avec étisie à 60 ans ; l'autre d'hémoptysie pulmonaire. Ce dernier avait de fréquentes colères. — Une tante paternelle morte à 68 ans d'hémoptysie.

M. B... est le dernier de trois enfants. Son frère, plus âgé que lui de quatre ans, est en parfait état de santé physique et morale. Sa sœur morte il y a dix ans, à 38 ans de phtisie galopante, était mariée et avait eu six enfants qui sont en Hollande et qu'on ne connaît pas. Le père de M. B... s'est marié trois fois ; il s'ensuit que le malade a un demi-frère âgé de 21 ans, qui est très-intelligent, travailleur et bien portant.

Mme B... a deux frères et quatre sœurs. L'une d'elle est morte. L'aînée a 50 ans, est mariée, bien portante, a quatre filles, toutes saines. La seconde a 48 ans, s'est mariée à 24 ans ; a quatre enfants. La troisième a 39 ans, vit à Rotterdam, mariée, à trois enfants, tous sains. Un frère musicien a 42 ans, bien portant. Un autre frère, a 38 ans, marchand de diamants, bien portant. La sœur qui est morte il y a quinze ans, avait toujours été bien portante jusqu'à treize ans. A cette époque, il se produisit des lésions de la paupière ; elle devint aveugle. A l'âge de 19 ans, paralysie du côté droit. Mort à 21 ans. Diagnostic probable : tu-

bercules cérébraux. Mme B... est la dernière. Caractère un peu excentrique, elle s'est mariée il y a treize ans, et ne connaissait pas précédemment son cousin, qui n'est venu à Paris qu'un an avant leur mariage. Ils se sont mariés par amour en 1877.

Antécédents personnels de B... De 7 à 15 ans, fièvres intermittentes. — A 23 ans, migraines périodiques apparaissant deux ou trois fois par mois.

Histoire de la maladie. D'après Mme B.., son mari était très intelligent, très travailleur, mais aussi, très bizarre, très colère et provoquant de violentes disputes pour toute espèce de motifs. Il atoujours été violent.

Le goître exophtalmique remonte à quatre ans. Début par tremblements avec battements de cœur. Le cou et les yeux ont grossi à la même époque. A cette date, le malade s'occupait d'une façon irrégulière, passait son temps à jouer, ne voulait plus se lever, sous prétexte qu'il n'avait rien à faire, et qu'on ne voulait plus lui donner de marchandises; (il s'était fait, dit sa femme, trop d'ennemis par son caractère). Alors, sa femme se met à travailler, parce qu'elle était obligée de quemander auprès de ses parents. Mais son mari lui défend tout travail, bien que refusant de travailler lui-même. Il va jusqu'à la suivre dans ses courses et à écrire aux clients de ne plus lui donner de marchandises. Les premières escroqueries sont dues à ce qu'il avait joué et perdu à la bourse. Il vendit alors à vil prix des diamants qu'on lui avait confiés et se sauva en Hollande avec la plus grande tranquillité, laissant sa femme faire face seule aux créanciers. La somme escroquée s'élève à cinq mille francs. — Pour payer des huissiers, il fit un faux en imitant la signature de sa femme quoique celle-ci lui eût donné quatre vingts francs. Il y a un an, il ne voulait plus sortir par crainte de ses créanciers. Il doit à tout le monde, jouait à toutes sortes de jeux.

Il disait aussi qu'il entendait des bruits dans les oreilles. Il venait chercher sa femme pour le sauver de ses hallucinations : dans sa chambre à coucher, il voyait un petit homme qui lui faisait des grimaces, et entendait des voix dont il ne donnait pas la

teneur, (bruits de dispute) ; il ne buvait pas. Il se livrait à des colères épouvantables et sciait du bois pour s'abrutir. La dernière scène eut lieu pendant le repas : sur un propos futile, il se lève et engage une discussion (créances, loyer). Il veut frapper sa femme, jette sur elle divers objets, la poursuit un couteau à la main.

Notes prises dans le dossier de séquestration de la préfecture

Déclaration de Mme B... le 18 juin 1890.

Depuis deux ans, actes de violence, scènes scandaleuses, menaces de mort et tentatives de suicide ; la première, il y a deux ans, avec l'oxyde de carbone ; il ne fut sauvé que parce qu'on ouvrit la porte par hasard. La seconde tentative date d'un an : laudanum. A cette époque, il frappe un facteur qui vient lui réclamer une lettre remise par erreur, (condamné pour ce fait à 30 francs d'amende). Apparitions la nuit, voit des fantômes et n'ose pas passer d'une chambre à une autre. Cette dernière semaine, à dix heures du soir, il est descendu avec la bougie allumée, quoique le gaz brûlât encore, pour dire au concierge de ne pas continuer sa conversation dans la cour, parce que cela l'empêchait de dormir. L'an dernier, il frappa brutalement son fils aîné, sous prétexte qu'il avait laissé tomber une balle en jouant. Menaces de mort contre sa femme qu'il traite de putain, crapule... Grâce à elle, dit-il, il mourra sur l'échafaud. « J'attribue la maladie de mon mari à la faiblesse de sa constitution et à une fièvre typhoïde, soignée il y a quatre ans par Pfeifer ». A mis sa femme à la porte avant-hier sur une dispute au sujet de pommes de terre, en lui lançant à la tête le pain et le panier à pain. Il s'était élancé sur elle avec un couteau. Puis menaces de mort. Porte toujours sur lui un révolver ; il assure l'avoir jeté, sa femme n'en croit rien.

Visite du Dr Garnier et du commissaire. Le malade lui demande à entrer volontairement au dépôt.

Confirmation du beau-frère Edouard B... 38 ans :

Menaces de mort contre lui avec commencement d'exécution. Syncopes avec absences, sur la voix publique, ne sait ce qu'il fait. Scènes de scandale à son domicile pour rechercher sa femme.

Certificat de Séquestration à la préfecture de police.
(19 juin 1890. — Dr P. Garnier).

« Accidents cérébraux liés à une affection nerveuse. Goître exoptalmique. — Paroxysmes d'agitation avec actes désordonnés violents, et menaces de mort contre sa femme. Nombreuses bizarreries depuis quelques années. Le malade a conscience, partiellement au moins, de son état et demande lui-même à être traité dans un établissement spécial ».

Dr Magnan, Sainte-Anne, 20 juin.

« Est atteint d'excitation intellectuelle avec idées de persécution, irritabilité, menaces de mort contre sa femme; goître exophtalmique. »

Dr Kéraval, Ville-Evrard, 22 juin.

« Paraît être atteint de désordre des actes en rapport avec une affection organique du grand sympathique (goître exophtalmique) ; symptômes de la folie morale avec conscience. »

Ce malade, au moment où il arrive à Ville-Evrard, raconte qu'il reconnaît avoir commis des actes qui témoignent d'un désordre intellectuel évident, qu'il a, pour faire réintégrer à sa femme le domicile conjugal, employé des procédés dénotant une surexcitation morbide ; que ces phénomènes d'aliénation mentale dont il a conscience peuvent être expliqués par son goître exophtalmique, mais qu'il faut également tenir compte des procédés de sa belle-mère qui l'a constamment irrité, et de sa femme qui ne lui a jamais obéi, Il a pu commettre des actes répréhensibles au point de vue de la loi, mais il a lui-même été toujours trompé, et au lieu de le prendre par la douceur, on l'a constamment heurté. « Si j'ai, dit-il, commis un faux, (ce qu'on eût bien mieux fait de ne pas vous dire), c'est que j'avais absolument besoin de cent francs, et que ces cent francs m'étaient absolument nécessaires. » Il ne veut pas s'expliquer davantage. Il est décidé à rester quelque temps avec nous pour se remettre ; quant à la question de reprendre la vie commune, c'est encore ce qu'il fera.

Il nie formellement avoir eu des hallucinations. (Ce malade a lu des livres de médecine de toute espèce).

Il dit que les bruits qu'il entendait dans les oreilles au moment de la période la plus vive de son excitation étaient des bruits transmis, ainsi qu'il a pu s'en convaincre, en étudiant avec le plus grand soin la nosographie de la maladie de Basedow dont il est affecté. En ce qui concerne les actes d'indélicatesse qui nous sont communiqués par la famille, ou constate de grandes réticences de la part du malade ; il déclare simplement avoir été malheureux en affaires.

Bulletin de santé, 24 juin. — Notre malade avoue avoir été atteint d'un défaut d'énergie de l'activité volontaire; il prétend s'être constitué lui-même en quelque sorte malade d'esprit et avoir demandé à être traité. Il n'ignore pas avoir négligé certains de ses devoirs. Il donne à sa manière d'agir des raisons psychiques et sociales.

Très docile en apparence, il demande à s'employer dans les bureaux. Santé de corps aussi bonne que le lui permet son goître exophtalmique. 1er Juillet. — Etat mental satisfaisant. Notre malade avoue ses torts. Il reconnaît sa maladie intellectuelle et la rattache à son goître exophtalmique. Il demande non pas textuellement, mais par son attitude, l'indulgence.

Il semble disposé à faire ici une retraite fructueuse.

La santé physique n'est pas mauvaise. 15 juillet. — Le cou s'est développé insensiblement. Le cou à son plus grand diamètre mesure 0m 40cm.

Souffle assez intense au niveau du goître; pas de souffle dans les carotides. Le cœur est hypertrophié. La matité cardiaque descend jusqu'au 9me espace intercostal. A l'auscultation, prolongement du premier temps à la pointe. L'exophtalmie est peu prononcée. Les palpitations sont rares; elles se manifestent après le repas. Le malade est amaigri.

Cette observation montre un bel exemple d'excitation maniaque chez un dégénéré. La déséquilibration mo-

rale et intellectuelle du malade est évidente. Bien que très intelligent et très travailleur, il a toujours été bizarre, irascible et violent, provoquant de fréquentes querelles pour les motifs les plus futiles. Possédé de la manie du jeu, il perd à la bourse, il s'endette et fait des faux pour payer ses créanciers.

Il est continuellement excité et atteint parfois le paroxysme de l'agitation. Sans motifs, il se livre à des voies de fait sur un facteur, il frappe brutalement son fils et menace sa femme de mort. Il se croit persécuté, il a des hallucinations auditives et visuelles, et, a deux reprises différentes, il tente de se donner la mort.

Ajoutons comme autre signe caractéristique de la dégénérescence mentale que le malade a conscience de son état : Il scie du bois « pour s'abrutir », il reconnaît ses torts envers sa femme et il demande lui-même à être enfermé.

Ici, les tares héréditaires sont nulles, mais les antécédents personnels sont singulièrement chargés.

De 7 à 15 ans, le malade a des fièvres intermittentes. A 23 ans, il est pris d'accès périodiques de migraine, et quatre ans avant l'apparition des troubles psychiques survient une fièvre typhoïde grave à l'influence de laquelle, sa femme n'hésite pas à attribuer les modifications survenues dans son caractère.

Dans ce cas, le goître exophtalmique paraît avoir débuté à la même époque que l'excitation maniaque et cinq ans plus tard il n'avait subi aucune modification, alors que l'état mental du malade s'était sensiblement amélioré.

Voici une autre malade qui présente des tares héréditaires et chez laquelle l'agitation maniaque s'accompagne d'hallucinations de la vue et de perversion des sentiments affectifs.

OBSERVATION XVI. (résumée). MEYNERT. *Psychiatrisches Centralblatt*, 1871

Goître exophtalmique. — Excitation maniaque à début brusque chez une héréditaire. — Hallucinations de la vue.

La malade était âgée de 17 ans. Comme cause de l'affection on signale des dispositions névropathiques héréditaires et le chagrin causé par la mort de sa mère. Le délire éclate d'emblée, accompagné d'une agitation maniaque continuelle, d'hallucinations de la vue ; les sentiments affectifs étaient complètement pervertis, et la jeune malade s'échappa au moins vingt fois de la maison paternelle. En même temps, on constate de l'inflammation des ganglions cervicaux, des palpitations de cœur (120 à 150) de fréquentes épistaxis, l'élévation de la température de la tête, et un certain degré d'exophtalmie, sans gêne dans les mou ements du globe oculaire, ni des paupières.

Il s'agit dans l'observation suivante d'une femme déséquilibrée, chez laquelle abondent les tares héréditaires, qui, pendant six mois présente les signes de l'état maniaque le mieux caractérisé. Tantôt calme ou simplement excitée, elle redoute de voir survenir un nouvel accès, tantôt au paroxysme de la fureur, elle est en proie à des illusions et à des hallucinations multiples et tient les propos les plus incohérents. Elle se figure être enceinte, elle croit voir son mari mort devant elle ; elle frappe les autres malades, chante et crie

à tue-tête. Parfois surgissent des idées hypocondriaques.

L'agitation cesse presque subitement à la suite d'un phlegmon de la main qui fit beaucoup souffrir la malade. En cinq jours elle devint de plus en plus calme et la guérison complète ne tarda pas à survenir.

OBSERVATION XVII. BOETTGER. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1877.

Goitre exophtalmique. Excitation maniaque avec idées hypochondriaques, interprétations délirantes chez une héréditaire à caractère bizarre et à conduite excentrique.

Mme Pastor Clara B... est âgée de 31 ans ; nombreuses tares héréditaires dans la famille. Dès sa jeunesse, elle se fit remarquer par les excentricités de son caractère et les bizarreries de sa conduite. Quelque temps après son mariage, la malade, qui n'avait pas d'enfants, eut une affection du cœur qui s'installa graduellement, et fit penser à la maladie de Basedow. Le médecin lui ordonna de la glace, des préparations ferrugineuses et des eaux phosphorées : elle suivit ce traitement du commencement d'octobre au milieu de décembre 1871. A la suite de ce traitement, la malade reprit des forces ; mais elle ne tarda pas à devenir très excitée. Le sens génésique se développa en elle d'une façon extraordinaire. Elle se montra violente et d'humeur inconstante, et on crut, un moment, que ces modifications du caractère étaient dues à un commencement de grossesse, bien que plusieurs examens eussent fourni des résultats négatifs. Puis, la malade elle-même se mit dans l'idée qu'elle était enceinte et qu'elle accoucherait de deux jumeaux. Elle s'occupait avec soin de son ménage ; à plusieurs reprises, cependant, elle s'échappa de la maison, pour aller trouver les voisins, et raconter à qui voulait l'entendre l'histoire de sa grossesse. A la même

époque, l'appétit diminua considérablement, le sommeil disparut presque complètement, et l'état de la malade devint de plus en plus insolite. A la moindre occasion, elle se mettait en fureur et brisait tout ce qui lui tombait sous la main. Son excitation devint telle qu'on dut l'interner de force. Son mari et sa cousine l'amenèrent le 4 avril 1872.

Etat actuel. 4 avril. — La malade est grande, élancée, bien proportionnée. Température élevée. Pouls fréquent, un peu irrégulier. Respiration rapide. Tête normalement développée; abondante chevelure brune, commençant à grisonner. Front normal.

Paupières largement ouvertes. Globes oculaires saillants. Conjonctives non injectées. Pupilles dilatées. Larmoiement des deux côtés. Le corps thyroïde est tuméfié; les carotides battent avec force.

Le cœur est hypertrophié. On entend au premier temps un bruit de soufle éclatant. Les orifices aortique et pulmonaire sont sains.

La malade est extrêmement excitée et violente. Elle est constamment en mouvement, se promène de long en large en gesticulant. Elle tient à tout le monde des propos incohérents. Elle a voué une haine particulière à sa cousine qui l'a amenée et veut la faire poursuivre par la police.

Peu à peu, la malade se calme; quand son mari vient la voir, elle le quitte sans la moindre difficulté. Puis elle devient supportable ; elle passe son temps avec les autres dames, s'entretient raisonnablement avec elles, s'occupe à tricoter, à coudre et dessine avec goût.

Le 18 avril nous examinons de nouveau la malade. La veille elle ne s'était pas couchée, et avait passé tout son temps à regarder son ventre, disant qu'elle était au huitième mois de sa grossesse.

23 Avril. — La malade est agitée de nouveau. Dans la soirée, elle se plaint d'être indisposée subitement ; elle urine dans sa chambre, et se figure qu'elle a perdu une grande quantité d'eau et qu'elle va enfin accoucher. A partir de ce moment, elle entre

dans une mauvaise période. L'agitation augmente, elle devient furieuse, frappe les autres malades, chante et crie à tue-tête. Puis surviennent des hallucinations ; elle croit, par exemple, que son mari est mort, elle l'a vu de ses propres yeux ; elle pleure beaucoup, se plaint de nouveau de sa grossesse, qui, dit-elle, touche à sa fin.

Elle devient tellement agitée, qu'elle excite les autres malades, et, pour l'isoler, on est forcé de la mettre en cellule. Elle se néglige complètement, se découvre, se déshabille, refuse de manger, ne dort pas. Elle cause continuellement, passe sans cesse d'un sujet à un autre ; voici un exemple de ses propos incohérents : « Sauvez-vous ! Allez-vous bientôt partir ? J'ai un couteau de boucher, c'est vrai, je ne l'ai pas inventé. J'ai vu le roi des rats avec une montre en or qui n'était pas volée. Ce n'est pas vrai ! Mon père me l'a dit, je n'invente rien ». etc... Puis, elle fait d'horribles grimaces, tire la langue, ce qui, avec ses yeux proéminents, lui donne un air vraiment hideux.

Au mois de mai, il lui vient un panaris à l'index gauche ; bientôt les gaînes tendineuses et le périoste sont envahis : la malade souffre beaucoup. Quelques jours après, une inflammation phlegmoneuse envahit toute la main, et, chose singulière, les désordres cérébraux s'amendent. La malade, qui, auparavant, ne voulait supporter ni cataplasmes, ni bandages, souillait sa plaie de boue et d'ordures, se rend compte tout-à-coup de son état, et commence à ménager sa main. Mais elle est inquiète, et se tourmente à la pensée qu'elle pourrait de nouveau perdre la raison.

Avec le temps, l'inflammation de la main se calma. L'état mental de la malade s'améliorait de plus en plus ; mais elle était toujours abattue, déprimée, hantée par la crainte de retomber malade et par le souvenir de son exaltation. Ces souvenirs, d'ailleurs, étaient des plus vagues ; elle se rappelait surtout qu'elle avait été très malade, qu'elle avait refusé de prendre des aliments et qu'elle nous avait causé beaucoup d'ennuis.

Sa tenue ne laisse plus rien à désirer. Il n'est plus question

de sa grossesse. Elle est très calme et d'une parfaite lucidité d'esprit.

Au mois de Juillet, son doigt n'était pas encore guéri. Etant donnée l'étendue des lésions, je lui proposai l'amputation qu'elle accepta. Je n'osai pas lui donner beaucoup de chloroforme, à cause de sa maladie de cœur, et je me contentai de l'étourdir ; elle se montra très courageuse, l'opération réussit à merveille, la cicatrisation était obtenue au bout de 15 jours.

L'amélioration de l'état mental fit des progrès de plus en plus sensibles, si bien qu'au mois d'août je la considérai comme guérie, et la renvoyai dans son pays natal.

Depuis cette époque, elle a conservé toute son intelligence. La maladie de Basedow n'a pas empiré, et elle se sent assez forte pour s'occuper des soins de son intérieur.

Dans l'observation qui suit il s'agit d'une femme qui était atteinte de goître exaphtalmique depuis un an environ lorsque survinrent les troubles cérébraux. Pendant quatre mois, la malade fut en proie à une agitation des plus intenses, et elle succomba sans avoir complètement recouvré la raison.

Observation XVIII. (Savage. *Guy's hospital reports*, 1882).

Goître exophtalmique. — Excitation maniaque avec idées de satisfaction chez une héréditaire. Mort quatre mois après l'apparition des troubles cérébraux.

C. S. 28 ans, célibataire, artiste, entre à l'asile de Bethlem en 1877. Deux parents aliénés. Les troubles cérébraux débutèrent deux mois avant son admission à l'asile. Elle était devenue bruyante, irritable, incohérente ; elle se figurait être actrice et se faisait une fausse idée de son influence et de son pouvoir. Ce qui dominait surtout, c'était l'excitation, l'incohérence et la

violence de ses actes ; insomnie complète. Depuis quelque temps elle souffrait de palpitations de cœur,et d'après ses amis, le goître serait apparu depuis un an environ. Elle avait été très-affectée de ce changement survenu dans son état.

A son entrée, nous la trouvons un peu pâle, anémique. L'exophtalmie et la tuméfaction du corps thyroïde sont assez prononcés. Pouls 140. Pendant un mois, elle se montre très agitée, elle devient malpropre, remplit constamment sa bouche d'ordures, de cailloux, de morceaux de bois. (Administration, mais sans résultat de teinture de belladone et d'ergotine). Dix semaines environ après son admission, elle s'affaiblit et est obligée de garder le lit. Elle est prise de vomissements et de diarrhée. Pouls, 135. — Respiration 40. — Température 98°. L'exophtalmie augmente, surtout à gauche ; les pupilles d'abord dilatées se rétrécissent. — L'excitation diminue. — Palpitations très fortes, bruit systolique à la base du cœur. La malade se calme peu à peu, puis survient une dépression de plus en plus accentuée. Pouls, 140. Respiration 50; température, 100°. Pas de complications pulmonaires. Les vomissements diminuent, mais la diarrhée persiste. Le jour suivant, la malade paraît recouvrer un peu la raison. Avant sa mort, elle reconnaît son père, mais c'est là le seul signe de raison qu'elle ait donné pendant son séjour à Bethlem.

Autopsie : Méninges saines. Légère congestion des petits vaisseaux de l'encéphale. Congestion des plaques de Peyer. Rate normale.

VII

Goître exophtalmique et états mélancoliques

« La mélancolie, dit Marcé, est une affection mentale caractérisée par des idées délirantes de nature triste et par de la dépression portée parfois jusqu'à la stupeur ».

Le délire mélancolique vrai, tel que nous allons le décrire en quelques mots, offre chez tous les sujets de grandes analogies. Les malades se croient ruinés, perdus, deshonorés, ils s'accusent de crimes imaginaires. Aussi leurs actes et leurs déterminations portent l'empreinte de ces troubles intellectuels profonds. Ils refusent leurs aliments, ils veulent se laisser mourir de faim, et ils font des tentatives de suicide avec une persistance opiniâtre. Ce qui caractérise, en effet, les mélancoliques, c'est la monotonie et la passivité de leur délire; ils ne font aucun effort pour sortir du cercle restreint d'idées où les enferme leur logique bornée, et ils refusent obstinément de se laisser convaincre de la fausseté de leurs terreurs.

Au délire mélancolique s'associent quelquefois des idées hypochondriaques. Les malades se plaignent d'avoir le tube digestif obtrué, de ne pouvoir plus

uriner; ils se préoccupent vivement de l'état de leurs viscères.

Les uns se figurent qu'ils n'ont rien d'humain, qu'ils sont de la nature des bêtes, les autres s'imaginent qu'ils n'ont plus de bras, plus de jambes, qu'ils sont complètement métamorphosés.

Les malades en arrivent ainsi, lorsque leur délire est poussé aux limites extrêmes à se croire complètement anéantis ; ils restent alors immobiles, les yeux fermés, refusent de manger et n'ouvrent la bouche que pour répéter à voix basse qu'ils sont morts.

Tels sont les principaux traits qui caractérisent le mélancolique dans ses trois stades de dépression, d'anxiété, de stupeur. Presque toujours la maladie se développe avec lenteur, et s'installe peu à peu, et, généralement, la guérison, lorsqu'elle survient, s'opère d'une façon lente et graduelle.

Outre les états mélancoliques divers, hystériques, épileptiques, toxiques etc. M. Falret propose de distinguer trois groupes principaux dans la mélancolie. 1° La mélancolie avec conscience ; 2° la mélancolie dépressive ; 3° la mélancolie anxieuse.

Dans la mélancolie des dégénérés ces trois groupes s'associent et se combinent de diverses façons. Nous ne pourrons donc pas décrire chez les malades une mélancolie typique ; mais des états mélancoliques variables à l'infini.

Un des principaux signes différentiels de la mélancolie des dégénérés, c'est qu'elle s'accompagne toujours de conscience. Les malades conservent une certaine

lucidité ; ils constatent les changements survenus dans leur humeur, dans leurs dispositions, dans leur sensibilité. « Ce sont, suivant une expression de M. Falret, des hypochondriaques au moral analogues aux hypochondriaques physiques ». Tandis que les mélancoliques vrais sont des convaincus, les dégénérés doutent de la réalité de leurs conceptions délirantes. Ils se laissent aller volontiers à discuter leur état ; ils reconnaissent les lacunes de leur esprit, mais avouent leur impuissance à les combler. Ils ont conscience de l'anéantissement de leur volonté, mais ne peuvent rien faire pour sortir de la pénible situation où ils se trouvent ; c'est là une des formes de l'aboulie la plus nettement caractérisée.

Chez les dégénérés, il n'y a pas la moindre unité, pas la moindre régularité dans l'évolution de leur état mélancolique. Tantôt le mal éclate, augmente ou disparaît à l'improviste, tantôt il atteint son apogée lorsqu'on en croyait voir survenir la guérison. On assiste à une série de bouffées délirantes dont l'irruption est subite et la disparition non moins rapide, entre lesquelles le malade reprend presque entièrement possession de lui-même.

On peut voir chez ces malades différents délires s'associer de la façon la plus innattendue et la plus bizarre à la mélancolie ; on voit, par exemple, la fortune se mêler à la ruine, les idées mélancoliques coïncider avec des idées de persécution, des idées hypochondriaques, érotiques ou mystiques. Les hallucinations sont multiples et variées ; elles affectent tous les sens,

se succèdent chez le même sujet et se combinent avec la plus extrême confusion.

Enfin, une combinaison fréquente, dont nous avons eu déjà l'occasion de parler, et sur laquelle nous ne reviendrons pas, c'est celle de la mélancolie et de la manie. Rien n'est plus fréquent chez les dégénérés que de voir alterner l'excitation maniaque et la dépression mélancolique.

Nous devons ajouter que, toujours, au milieu du chaos de conceptions délirantes que créent ces associations multiples de délires différents, les idées mélancoliques restent la note dominante et permettent de qualifier l'accès.

Dans quelques cas, on pourrait confondre le mélancolique anxieux avec le persécuté, et rien, cependant n'est plus facile que de distinguer l'un de l'autre. Tandis que le persécuté s'en prend au monde extérieur des maux qui l'accablent, l'anxieux s'attribue la responsabilité de tous les crimes, de tout ce qui arrive de fâcheux à lui ou à son entourage ; il se reconnait seul coupable et mérite seul d'être puni. Le persécuté se pose en victime, le mélancolique s'accuse lui-même. « Un fait des plus remarquables, dit Ball, et qui établit une profonde différence entre ces malades et les persécutés, c'est qu'il n'ont pas de persécuteurs ; ils sont malheureux et tourmentés ; ils se croient quelquefois accusés des actions les plus abominables, mais lorsqu'on leur pose catégoriquement la question, ils répondent sans hésiter qu'ils n'ont pas d'ennemis. »

Observation XIX. (Greidenberg. *Vestnik klin. i subednoi psichiat. i nevropatol.* Saint-Pétersbourg janvier 1893.)

Goître exophtalmique. — Dépression mélancolique avec idées de persécution alternant avec des périodes de calme.

Il y a 8 ans que j'observe une malade, mariée, agée de 45 ans, atteinte de tous les signes classiques de la maladie de Bassedow. Je la vis pour la première fois en 1884 ; son médecin me dit qu'elle était déjà malade depuis quelques années. La malade et son entourage racontent que cette maladie s'est développée peu à peu, sous l'influence de pertubartions morales continues, suite de sa vie malheureuse en famille : Il était bien difficile de trouver quelque chose au point de vue héréditaire. On constate les signes propres à la maladie de Bassedow, quelques troubles curieux du système nerveux, des troubles vaso-moteurs, de l'œdème généralisé, marqué surtout à la face qui prenait souvent l'aspect caractéristique du myxœdème.

La malade a des accès de somnolence, presque de la narcolepsie. Les troubles psychiques se sont d'abord présentés sous la forme d'un simple délire mélancolique, puis sous forme d'idées tristes, avec délire de persécution. La malade a toujours peur d'être trompée, d'être volée, d'être privée de tout ce qui lui est cher. Souvent, elle ne dort pas de la nuit, elle ne se couche même pas. De temps en temps, elle passe des journées entières à furter dans sa maison, dans les armoires, les coffres, les commodes, enfin dans tout ce qui est fermé à clef. Elle se plaint qu'on ne fasse pas attention à elle, que ses enfants ne l'aiment pas, que son mari etc... Quand elle parle de ce dernier ; la malade sort des faits positifs, elle parle selon ses idées à elle qui provoquent de vrais accès de délire. Ni le sentiment, ni la logique ne la guident. L'intensité de ces phénomènes est variable ; tantôt les troubles psychiques sont très accentués, tantôt on ne se douterait pas qu'ils aient pu exister.

Greidenberg fait suivre cette observation des commentaires suivants :

« Dans ce cas, les commémoratifs ne témoignent point de prédisposition aux troubles psychiques, ni à la maladie de Basedow ; pas de dégénérescence, pas de névropathie. Mais c'est un fait connu que la maladie de Basedow peut évoluer sous l'influence de perturbabations morales, même chez des personnes non prédisposées ; il est donc superflu de chercher une autre étiologie. Les troubles psychiques ont été ici le simple résultat de causes extérieures. En général, une femme atteinte de la maladie de Basedow bien caractérisée, se trouve d'abord un peu gênée, et fuit la société ; puis, sous l'influence d'une irascibilité propre à ces malades et de mécontentement de tout et de tous, comme dans ce dernier cas, mise de plus dans de mauvaises conditions du côté de sa famille, s'éloigne de plus en plus de son mari, de sa famille, passe tout son temps isolée, en proie à ses idées tristes sur l'incurabilité de sa maladie, sur les causes qui la rendent étrangère à son mari, à ses enfants, sur le peu d'intérêt qu'on lui porte etc.

Je crois que toutes ces conditions sont tout à fait suffisantes pour l'évolution des psychoses et surtout des psychoses de ce genre, c'est-à-dire, état de tristesse, mélancolie, délire de persécution. »

Dans ce cas, Greidenberg admet une relation directe de cause à effet entre le goître exophtalmique et la mélancolie. Pour lui, les idées mélancoliques sont symptômatiques de la maladie de Basedow. Tel n'est

pas notre avis, et nous croyons que, même en l'absence de tares héréditaires « qu'il est difficile de découvrir » le polymorphisme du délire, sa variabilité plaident en faveur de la nature du terrain sur lequel il évolue.

OBSERVATION XX. (SÉGLAS. *Annales médico-psychologiques* 1890.)

Goître exophtalmique. Dépression mélancolique. Idées hypochondriaques. Tentatives de suicide.

Mme A... née P... âgée de vingt-sept ans, entrée le 1er février 1890 à la Salpêtrière, service de M. J. Fabret.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Le grand-père paternel était buveur ainsi que sa femme. Père, très paresseux, également buveur, rhumatisant, mort d'accidents cardiaques. Un oncle maternel avait des « idées baroques. »

Un frère de caractère instable.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Rien à noter dans l'enfance, développement physique et intellectuel normal. Réglée à seize ans. Caractère doux, aimant, enjouée, peureuse, insouciante et nonchalente. La malade était sujette à rire et à pleurer sans motifs. Il y a deux ou trois ans, elle aurait eu une attaque de nerfs qui aurait duré une heure et demie. Emotions fréquentes depuis son mariage, elle avait toujours peur de son mari qui, dans des accès de jalousie, la poursuivait avec son couteau ou un révolver. Accouchement, il y a près de deux ans, elle a allaité son enfant jusqu'à huit mois. Elle était très fatiguée, avait des pertes blanches très abondantes, souffrait des palpitations et se plaignait toujours du ventre.

Un mois avant qu'elle ne cessât l'allaitement, elle avait failli être renversée avec son enfant par un cheval et avait eu extrêmement peur.

A dater de cette époque, elle a beaucoup changé, est devenue

très triste, trouvait la vie fatigante, pénible, parlait de mourir avec ses enfants. Puis elle a cessé de s'occuper de son ménage, elle restait indécise, ne pouvant se résoudre à rien. Craintes d'empoisonnement et refus d'aliments, une fois, il y a deux mois, elle s'est enfuie de chez elle, est allée voir sa mère et lui a dit qu'elle ne voulait pas rentrer chez elle, parce que son mari la tuerait. Elle a essayé deux fois de se suicider en s'étouffant entre deux matelas, et en s'asphyxiant, elle et ses deux enfants, avec du charbon.

2 février. Examen de la malade. Dans les premiers jours, elle ne répond à aucune question, elle a une attitude craintive, tremble de tout son corps surtout quand on l'approche ou qu'on veut la toucher ; elle semble écouter tout ce qui se passe autour d'elle et regarde partout avec inquiétude. Elle reste immobile sur sa chaise ; résiste lorsqu'on veut la changer de place et paraît avoir alors grand'peur. Refuse les aliments. Elle est gâteuse.

Les yeux ont une expression terrifiée. Il sont un peu saillants, le bord de la paupière effleurant le cercle extérieur de l'iris. — Pupilles normales. — Pouls radial petit à 108, pouls carotidien plus fort, rien à l'auscultation du cœur. Mains violacées ; peau chaude et sèche. Température axillaire, 37°2. Pas de goître.

Au bout de quelques jours on peut saisir quelques phrases qu'elle prononce à voix presque basse. Elle regarde ses mains, les trouve changées, ainsi que sa figure, ses yeux surtout, son nez aussi. Elle ressemble à un perroquet, puis après elle dit qu'elle est un lion et demande si l'on n'a pas peur d'elle. Les autres personnes sont en carton ou en bois ; elle le voit à la façon dont elles marchent ; tout le monde ressemble à des machines. Pour elle, on va la tuer, la jeter dans la fontaine, la mettre à fond de cale. — Jamais elle ne répond quand on lui adresse la parole, elle mange difficilement, reste immobile sur sa chaise ou dans son lit la nuit, mais ne dort pas. Même facies, pouls 110.

11 mars. L'état précédent dure environ un mois, et un jour, après la visite de son dernier enfant, il semble se produire une détente. La malade devient plus communicative.

Elle nous raconte qu'à la suite de l'accident dont elle a failli être victime avec ses enfants, elle est restée toute tremblante pendant plusieurs jours. Elle ne faisait qu'embrasser ses enfants. et, quand elle les voyait, elle était toute angoissée. A partir de là, dit-elle, j'ai beaucoup changé, mais ce n'est que quelques mois plus tard que j'ai été plus mal. Elle était dégoûtée de tout, restait des journées entières sans rien faire, elle avait peur, se sentait toute drôle, toute changée. A la fin, elle ne reconnaissait plus sa famille et demandait si c'était bien vrai que les enfants fussent là. Elle se rappelle ce qui s'est passé pendant sa maladie; surtout les faits qui se sont passés autour d'elle, moins ses idées.

Elle ne se souvient que vaguement d'avoir dit qu'elle était un perroquet, que tout le monde était changé. Elle dit n'avoir été préoccupée que de ses enfants. Je me disais : Pourquoi suis-je ici ? Où sont mes enfants ? Que sont-ils devenus ? Je pensais qu'on m'avait enlevée de ma famille pour toujours. Je pensais tout le temps à mes enfants ; déjà chez moi, j'avais peur qu'ils ne soient pas heureux. » Elle dit n'avoir pas bien reconnu son enfant quand on le lui a amené. « Il avait l'air comme endormi ; il avait une toute petite voix ; je ne le reconnaissais plus ; il m'a semblé ne reconnaître que sa robe que j'avais faite. Ma mère et mon oncle n'avaient rien de changé ». Elle semble n'avoir pas eu d'hallucinations sensorielles. Elle dit qu'elle ne mangeait pas parce qu'elle n'en avait pas la force et nie toute idée d'empoisonnement.

De même elle ne parlait pas, parce qu'elle n'avait pas la force de remuer sa langue, qui était comme collée, et puis, dit-elle, je ne comprenais rien et je n'avais idée de rien. Rires fréquents, involontaires, dit-elle ; yeux moins saillants ; pouls 88. Mains toujours violacées, peau froide, sèche. L'examen de la sensibilité, très difficile, ne révèle rien de particulier. Les fosses ovariennes semblent sensibles, surtout la gauche. Il me semble que les mains tremblent légèrement, mais il n'y a rien de positif dans cet examen, rendu impossible par la résistance de la ma-

lade et une sorte de raideur musculaire ou de tremblement général. Oreilles mal ourlées : lobule adhérent.

Elle demande à sortir, mais semble comprendre qu'elle doit rester encore pour guérir tout à fait et demande simplement à voir ses enfants.

16 mars. Même état jusqu'à cette époque. Elle est moins bien aujourd'hui, plus absorbée. « Je cherche ce qu'on me veut, dit-elle, je ne veux pas souffrir tout le temps, j'en ai assez. Si je ne suis pas comme autrefois, ce n'est pas de la maladie. Je comprends de moins en moins, je veux être... comme tout le monde.

21 mars. — A midi et demi, subitement, elle tombe à terre comme une masse, la figure est violacée. Pendant dix minutes elle reste inerte sans bouger, pas de raideur, pas de secousses des membres. Morsure de la langue, écume sanguinolente, léger ronflement; miction et selle involontaires. Au bout de dix minutes, on la couche ; elle dort environ une heure.

A son réveil, elle se plaint d'avoir mal à la tête, ne se rappelle absolument rien.

Avant cette attaque, elle était très absorbée, répétait qu'elle ne comprenait rien : après, elle répondait mieux que jamais aux questions.

22 mars. — Moins bien, ne cause plus, refuse les aliments.

29 mars. — « Même état, mutisme. Les yeux sont de nouveau plus saillants. Pouls 112 pulsations.

30 mars. — « On me regarde comme une ahurie, on se moque de moi : ce n'est pourtant pas ma faute si je n'ai pas profité de l'électricité ; on ne m'a rien expliqué. Je crois qu'il y a trop de choses que je ne comprends pas, cela ne peut durer ainsi. Je ne comprends pas comment il y en a à qui la pile rend des forces, mais je crois que cela me les enlève, car je me sens faible et je n'ai rien fait pour perdre mes forces. Je souffre la nuit, le jour, tout le temps, tout me tire. Il me semble que ma tête, mon estomac se démolissent. On me donne tout à souffrir, c'est toujours moi qui ai tout le mauvais, c'est pis que la mort; s'il y a un

moyen de mourir, pourquoi ne me tue-t-on pas de suite. Je ne suis qu'une girouette ; je ne puis baisser la tête, ou la relever ; si je la relève, on trouve cela drôle : autant qu'on me tue. Qu'on m'explique et que je sois comme tout le monde. »

Sortie non guérie le 11 avril 1890.

Cette malade a des antécédents héréditaires très chargés. Nous relevons en effet grand-père et grand' mère paternels, buveurs ; — Père, paresseux et buveur. — Oncle maternel avait des « idées baroques » Frère de caractère instable. Elle même a toujours été paresseuse, insouciante, nonchalante ; elle était sujette à rire et à pleurer sans motifs. Ajoutons qu'elle a des oreilles mal ourlées, à lobule adhérent. C'est donc une héréditaire et une déséquilibrée, présentant des stigmates physiques de dégénérescence qui ont ici une grande importance. Aussi ne devons-nous pas nous étonner qu'à la suite de scènes de ménage fréquentes, d'émotions violentes, des fatigues de l'accouchement et de l'allaitement elle ait réalisé promptement des idées mélancoliques.

Le délire mélancolique se manifeste ici par des accès de découragement et des idées tristes qui provoquent plusieurs tentatives de suicide. La malade est anxieuse, inquiéte ; elle a des idées hypochondriaques ; elle se croit métamorphosée ; elle ressemble tantôt à un perroquet, tantôt à un lion et s'étonne qu'on n'ait pas peur d'elle. Les autres personnes sont en carton ou en bois, tout le monde ressemble à des machines ; puis, apparaissent quelques idées de persécution sans grande consistance et sans hallucinations d'aucune sorte.

Quant au goître exophtalmique, c'est une forme fruste ; les seuls signes qu'on observe sont l'exophtalmie et la tachycardie, signes qui par eux-mêmes ont peu de valeur surtout chez une mélancolique. Mais l'examen électrique pratiqué à la Salpétrière par le docteur Vigouroux révéla une diminution notable de la résistance. Or, dans ce cas, la diminution de la résistance électrique avait d'autant plus de valeur que chez les mélancoliques il existe toujours une augmentation de cette résistance. Aussi la présence de ces symptômes: exophtalmie, tachycardie, diminution de la résistance électrique permirent-ils à M. Séglas d'affirmer son diagnostic de goître exophtalmique.

VIII

Goître exophtalmique, états maniaques et dépression mélancolique.

Nous venons de voir que chez les dégénérés les états maniaques ou mélancoliques pouvaient coïncider séparément avec la maladie de Basedow. Les observations suivantes nous montreront qu'il est plus fréquent de voir l'excitation maniaque et la dépression mélancolique alterner chez le même sujet. Nous nous contenterons de reproduire ces observations. Nous avons exposé dans les deux chapitres précédents les caractères qui sont propres à la manie et à la mélancolie des dégénérés, nous n'y reviendrons pas.

Observation XXI. Bœdecker. *Charité-Annalen*. Berlin 1889.

Dépression mélancolique alternant avec des périodes d'excitation. Hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Elise R., 24 ans, domestique, entre le 22 juin 1888 à la clinique des maladies nerveuses de la Charité.

Antécédents héréditaires. — *Père* vivant, bien portant. *Mère* morte d'une maladie d'estomac.

Frères et sœurs bien portants. Aucune maladie nerveuse dans la famille.

Antecédents personnels. — La malade a eu une pneumonie dans son enfance et ne se rappelle pas avoir été malade depuis. A 17 ans, apparition des règles, régulières mais peu abondantes. — Syphilis.

Histoire de la maladie. Il y a trois ans environ, la malade, qui avait toujours eu le cou un peu fort, s'aperçut qu'il augmentait peu à peu de volume et d'une façon continue. En 1887, pendant l'hiver, la malade se montra très excitable et eut des palpitations de cœur. Ces palpitations devinrent de plus en plus fortes, au point que la malade ne pouvait faire le moindre effort, ni se coucher sur le côté gauche. Vers la même époque elle sentit de forts battements à son cou, et on lui fit remarquer que ses yeux devenaient proéminents. Enfin, elle se mit à trembler de tout le corps, mais surtout des mains. Le travail, la moindre émotion, la station debout faisaient augmenter le tremblement. Puis vinrent d'abondantes transpirations ; le cou, la poitrine, les mains se couvraient de sueur à chaque instant. Elle fut tourmentée par la faim et par la soif.

Trois semaines environ avant son entrée, elle eut un œdème des jambes qui dura quatre jours.

En même temps que le tremblement et les palpitations, apparurent des modifications du caractère. La malade devint irascible, anxieuse ; la nuit elle avait des cauchemars. Elle remarqua que, les derniers temps, sa mémoire baissait beaucoup ; elle oubliait aussitôt ce qu'elle venait de dire, ou ce qu'elle venait d'entendre, et, bien qu'ayant reçu un certain degré d'instruction, elle paraissait complètement illétrée.

Etat actuel. — 23 juin 1888. L'exopthalmie est très prononcée. La malade ne peut fermer complètement les paupières. Signe de de Grœfe très accusé. Pas de nystagmus. Mouvements des yeux libres. Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Le corps thyroïde est tuméfié, dur; on y perçoit des battements et un souffle systolique.

La pointe du cœur bat avec force sur la ligne du mamelon. Zône de matité normale.

A l'auscultation, souffle éclatant, dédoublement au deuxième bruit.

Pouls accéléré. Tremblement rapide, à petites oscillations des mains.

Conservation de tous les mouvements actifs et passifs ; légère faiblesse des membres inférieurs.

Réflexe rotulien normal.

Pendant qu'on examine la malade, son visage et ses mains se couvrent de sueur.

Sensibilité conservée.

La malade pleure continuellement sans motif apparent.

Pendant son séjour à la clinique, la malade présenta les symptômes du diabète sucré. Quantité moyenne d'urine pendant le jour : 3000 à 3600 gr. — Poids spécifique 1010, 1015. — A plusieurs reprises, pendant son sommeil, le jour ou la nuit, la malade a de l'incontinence d'urine.

Aucune modification des autres symptômes, état stationnaire.

La malade est irritable et anxieuse. Lorsqu'on lui adresse la parole, « elle s'intimide, répond comme une personne distraite ; les paroles ne peuvent sortir. »

Au mois d'octobre, les modifications du caractère prennent les allures d'une véritable psychose. L'anxiété augmente ; la malade devient mélancolique. Elle se fait des reproches, se calomnie elle-même. « C'est une mauvaise personne qui n'a plus besoin de vivre. » Elle refuse de prendre des aliments, essaie de se jeter par la fenêtre, se roule par terre et ne veut pas se coucher.

Le 25 octobre, elle est transférée à la section des aliénés. Là, elle raconte que depuis huit jours elle entend des voix qui l'accusent d'être faible d'esprit, de n'avoir jamais reçu d'instruction, et d'être inutile sur terre. La nuit, elle voit des hommes et

des femmes qui s'approchent de son lit et l'épouvantent. Une fois, sa mère lui est apparue et lui a fait des reproches. Elle se plaint de ne pas aller mieux, et de n'être bonne à rien. La nuit, elle ne peut rester dans son lit, se plaint d'être oppressée. Elle ne sait pas ce qu'elle fait, n'a pas un moment de tranquillité.

Le 27 octobre, dans la soirée, un grand changement se manifeste subitement dans son état. Elle est gaie, chante, répond d'un air assuré et moqueur. Le lendemain, elle est de nouveau abattue ; elle entend des voix ; elle a des cauchemars terribles. Les jours suivants, son état reste à peu près le même; elle est cependant un peu plus calme, dort mieux, si bien qu'elle a de nouveau, la nuit, de l'incontinence d'urine.

Le 4 novembre, la malade montre un certain enjouement, une bonne humeur excessive par moments, alors que la veille encore, elle s'était accablée de reproches. Elle raconte à la surveillante le séjour qu'elle a fait à l'hôpital pour soigner sa syphilis, et lui remet une corde qu'elle avait cachée sous son oreiller pour se pendre. Le soir elle veut danser.

Dès le lendemain, le 5 novembre, elle se lamente de nouveau, reste au lit, et met sa tristesse sur le compte des hallucinations.

Le 6 novembre, elle déclare qu'elle entend encore des voix. Elle voit auprès de son lit des parents et des amis qui lui font des reproches. Ses paroles sont incohérentes ; elle est dans un état de profonde dépression. Le soir, elle s'endort avec peine, et se réveille aussitôt endormie.

Le 8 novembre, nouvelle amélioration. Les jours suivants, son humeur devient de plus en plus égale. Elle demande instamment à revenir à la clinique pour se faire électriser. Elle dort tranquillement et sans se réveiller ; elle n'a plus d'hallucinations.

Son état général est le même que lorsquelle est venue consulter à la clinique pour sa maladie de Basedow. Elle est timide et inquiète.

Le 31 décembre elle repasse à la clinique des maladies nerveuses. Son état général ne s'est pas amélioré.

Au milieu du mois d'avril 1889, nous avons l'occasion d'examiner la malade qui a conservé toute sa lucidité d'esprit.

Observation XXII. Bœdecker. *Charité-Annalen* 1889. Berlin,

Goître exophtalmique. Alternatives d'agitation maniaque et de dépression mélancolique. Hallucinations de la vue et de l'ouïe. Tentative de suicide. Hérédité.

Anna Kl... 46 ans, célibataire, journalière, entre au mois de mai 1884, à la clinique des maladies nerveuses de la Charité.

Antécédents héréditaires. Père alcoolique. *Mère* très nerveuse, irritable, débauchée. *Grand-père* buveur, mourut à la Charité à la suite, d'excès alcoolique. *Grand'mère* mourut dans la démence; depuis six ans, elle avait perdu la parole à la suite d'une attaque d'apoplexie. Une *sœur* vivante, anémique depuis 20 ans, souffre de douleurs dans les jambes, est d'une très grande faiblesse et ne peut faire de longues marches.

Antécédents personnels. — En 1864, la malade eut un fils. L'année suivante, son amant l'ayant abandonnée, elle devint folle de chagrin : elle voyait une montagne, et sur la cime de cette montagne, un ange qui lui faisait signe. Elle essaya de s'empoisonner, mais elle en fut empêchée et amenée à la Charité. Quatre jours après, elle en ressortait, les médecins ayant conclu à une simulation. Elle se réconcilia aussitôt avec son amant et donna naissance à deux fils qui moururent peu de temps après être venus au monde.

Pendant une longue maladie que fit son amant, et après sa mort, survenue en 1873, accablée de soucis de toute sorte, elle tomba dans la misère et dut se mettre à travailler.

Au mois de mars 1874, elle remarqua que son cou augmentait de volume, et au mois de mai de la même année, son cœur se mit à battre avec une violence inaccoutumée et devint de plus en plus rapide. Avant l'apparition de ces symptômes, la malade avait eu à plusieurs reprises des palpitations de cœur.

Au mois de novembre, elle alla consulter un médecin au sujet de la saillie de ses globes oculaires. Elle se sentait constamment fatiguée, s'essouflait à monter les escaliers, ses jambes tremblaient, et elle avait beaucoup de peine à marcher.

Elle fut traitée par l'électricité. Son état général s'améliora, les forces revinrent, les palpitations diminuèrent, mais le goître et l'exophtalmie ne diminuèrent pas.

Huit ans après, les palpitations reprennent avec violence, la malade s'affaiblit de nouveau. Le traitement par l'électricité amena une nouvelle amélioration.

Le 9 avril 1883, son fils aîné, alors âgé de 19 ans, perdit subitement la raison. Il fut pris du délire des grandeurs et on dut l'enferner à la section des aliénés de la Charité. A la suite de cet incident, la malade eut de nouveaux accès de palpitations. Pendant plusieurs jours, ses idées « s'embrouillèrent ». Elle riait sans motif etc. Cependant, sur les conseils d'une de ses amies, elle « surmonta cet égarement » et se rendit compte que « dans l'intérêt de son fils elle devait conserver sa raison ».

Une amélioration survint dans l'état de son fils, qui sortit guéri le 1er décembre 1883. L'état de la malade s'améliora également ; mais, au commencement de l'année suivante, à la suite de nouvelles privations, son état empira. A plusieurs reprises, elle vit, sur le fourneau, dans la boîte à ordures, d'horribles animaux noirs comme elle n'en avait jamais vu jusque là.

Au commencement du mois de mai dernier, elle essaya de se donner la mort en absorbant de l'acide sulfurique. Sa tentative échoua, et elle fut promptement rétablie.

Elle perdit alors presque complètement la mémoire. Il lui devint impossible de vaguer aux soins de son ménage. Voulait-elle coudre, elle prenait son aiguille, mais n'allait pas plus loin.

Depuis le milieu du mois de mai, elle se sentait très souffrante ; elle avait de violents maux de tête. Elle n'avait plus d'appétit et était devenue d'une faiblesse extrême.

Etat actuel. — Les paupières supérieures recouvrent complètement les yeux. Signe de de Grœfe très manifeste. Exophtal-

mie assez prononcée. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière et à l'accommodation. Réflexe conjonctival aboli.

Léger tremblement fibrillaire de la langue. Diminution de la sensibilité gustative ; la saveur de la quinine seule est perçue dans toute l'étendue de la langue. La sensibilité à la douleur est considérablement émoussée ; la piqûre d'une aiguille ne provoque aucune douleur.

Secrétion salivaire et sudorales normales.

De chaque côté du cou, on sent une tumeur de consistance molle. Les veines du cou sont saillantes. Les carotides battent avec force, leur tension est énorme.

La pression du cou au dessous de l'angle de la machoire inférieure provoque une vive douleur.

La pointe du cœur bat avec force dans le 5e espace intercostal, en dedans de la ligne du mamelon. La matité précordiale a son étendue normale. Léger souffle au premier temps. Rien à l'auscultation des gros vaisseaux. Les battements du cœur sont accélérés, 130 pulsations à la minute.

Lorsque la malade étend les mains, on constate qu'elles sont animées d'un tremblement léger, rapide, à petites oscillations.

Mouvements actifs et passifs des membres libres ; les forces sont considérablement diminuées.

Réflexes rotuliens et du tendon d'Achille normaux. — Sensibilité conservée. La malade depuis son entrée est apathique, le regard constamment fixé devant elle. Lorsqu'on lui demande la raison de cette attitude, elle répond qu'elle est sous l'influence d'hallucinations maladives, qui l'ont rendue méfiante. Elle se plaint de la faiblesse de son esprit : elle ne peut sans fatigue penser ni réfléchir. Ce sont les nombreux soucis qu'elle a eus qui l'ont mise dans cette situation désespérée. Elle est endormie. On n'arrive qu'avec peine à lui arracher ces quelques renseignements.

Son état reste stationnaire. Elle se plaint d'être inquiéte et de s'exciter sans raison. Son visage est pâle et défait.

Au mois de juin 1884, elle sort de l'hôpital sur sa demande.

Trois mois après, le 13 septembre elle entre de nouveau à la Charité et est admise cette fois à la section des aliénés.

Le certificat d'admission porte que la veille, la malade était très excitée, elle jetait ses pots de fleurs dans l'escalier, se promenait et gesticulait en chemise dans sa chambre ; elle voulait se jeter par la fenêtre. Au poste de police, elle essaya également de se déshabiller.

Etat de nutrition mauvais, goître modéré, pouls irrégulier.

La malade reste assise, la tête baissée, le visage anxieux et ne répond qu'à voix basse. Elle se sent malade de corps et saine d'esprit ; c'est par erreur qu'elle se trouve à la section des aliénés.

Elle entend des voix qui la plaisantent et tiennent des propos désobligeants sur son compte. On lui reproche l'amour que le Dr O. a pour elle. Le Dr O, qu'elle a déjà connu, à son passage à la clinique, lui envoie des billets pour lui donner des rendez-vous ; mais elle ne répond pas à ses avances, pour se venger de ce qu'il lui ait fait blanchir les cheveux, ce qui la rend laide et vieille. Maintenant les voix, lui parlent constamment de cette liaison. Parfois, elle distingue la voix du docteur O, qui se moque d'elle avec une garde-malade.

La malade ne quitte pas son lit. L'air hagard, elle répond à peine aux questions qu'on lui pose. Elle a complètement perdu le souvenir de ce qui s'est passé hier dans le corps de garde.

Au commencement d'octobre, elle redevient calme et rangée. Elle n'a plus d'hallucinations, et répond bien aux questions. Elle ne se rappelle pas les différentes phases de sa maladie ; elle a oublié les déclarations qu'elle nous a faites à ce moment-là. Elle demande son exeat pour aller soigner son fils qui est malade.

Au mois d'octobre, elle revient à la clinique des maladies nerveuses. Elle n'a plus présenté dans la suite de phénomènes psychiques. Quelques uns des symptômes de la maladie de Basedow ont disparu.

Observation XXIII Savage. *Guy's hospital reports*, 1882.

Goître exophtalmique. Dépression mélancolique avec hallucinations auditives alternant avec de l'agitation maniaque. Hérédité.

E. S. C. célibataire, 23 ans, télégraphiste, entre à Bethlem au mois de Juin 1880. Cousin fou. La maladie débuta au mois d'avril par de la dépression et de l'inquiétude qui augmentèrent de plus en plus. Puis survint de l'insomnie, avec de l'excitation. Refus de nourriture. La malade ne cessait de répéter qu'elle voudrait être morte, que ce serait un bien pour tout le monde. D'après les renseignements fournis par son pére, elle entendait des voix. Elle refusait de manger, disant qu'elle allait mourir dans quelques minutes, et que ce serait une délivrance pour son entourage.

Au moment de son entrée, elle paraît entendre des voix ; elle se croit surveillée. Menstruation régulière. Exophtalmie. La malade a toujours été nerveuse et émotive ; se plaignait d'avoir des idées noires, voulait mourir. Quelques mois après son entrée, l'état mental ne s'était pas modifié. A certains moments elle était excitée et inquiète. Quatre mois après son admission, les troubles mentaux et physiques s'amendèrent. Mais l'excitation ne tarda pas à revenir ; la malade devint agitée, violente, et on fut obligé de la mettre en cellule.

Juillet 1881. Pouls 120 à 140. Exophtalmie, goître. La malade a toutes sortes d'idées misérables.

Elle se figure être une bête ; elle n'a rien d'humain, n'est pas une femme. C'est elle qui est la cause de tous les malheurs, de toutes les peines qui frappent les malades de l'asile. Elle a mérité la mort, il faut qu'elle meure. Elle reconnaît l'endroit où elle se trouve. Elle se souvient de ses amis, mais ne tient pas à les voir. Elle est malpropre, et cependant s'habille avec une certaine coquetterie. Elle refuse de manger,

Observation XXIV. Savage *Guy's hospital. Reports* 1882

Goître exophtalmique. Alternatives d'agitation maniaque et de dépression mélancolique. Hérédité.

A. G. B. entré à l'asile au mois de juillet 1879. Célibataire, 23 ans. Père fou. Sœur morte de phtisie. Les troubles cérébraux ont débuté au mois de Juin, et paraissent avoir été provoqués par le chagrin que B... ressentit de la mort de sa sœur. Ce qui domina dès le début, ce fut une profonde dépression mélancolique. Au bout de quelques jours, la malade devint excitée ; avant son entrée l'agitation était extrême, la malade hurlait, chantait, dansait ; elle croyait avoir commis de grands crimes, et parlait à des gens imaginaires. Elle parlait sans cesse, refusait de se nourrir. Au moindre bruit ses yeux devenaient hagards, elle tremblait et manifestait un grand effroi. Elle tordait les mains et tremblait dès que quelqu'un approchait d'elle. Depuis la mort de sa sœur elle était devenue d'une dévotion exagérée. La santé générale était restée bonne jusqu'à son entrée ; menstruation régulière.

A son entrée, pâleur de la face, goître exophtalmique, pouls 140. La malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose ; elle s'endort sur sa chaise, tombe sur le parquet et y reste sans bouger. Elle refuse de manger et de s'occuper à quoi que ce soit ; elle ne veut pas s'habiller et montre un grand entêtement. Huit jours après son entrée, on est obligé de la nourrir à la sonde. Puis elle devient folle furieuse, se frappe contre les murs, et pour éviter qu'elle ne se blesse on la met dans une chambre capitonnée. Pendant quelques jours on continue à la nourrir à la sonde, puis elle se met à manger elle-même. Douze jours après son entrée, elle est prise de vomissements et de diarrhée ; le pouls faiblit, bien qu'à ce moment elle soit très excitée. Elle s'affaiblit peu à peu et meurt le seizième jour.

Observation XXV. (Jensen *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie. Berlin* 1877.)

Goître exophtalmique. Excitation maniaque d'une durée de deux mois avec mélange d'idées mélancoliques et de persécution chez une personne ayant présenté dès sa jeunesse des anomalies de caractère et du doute.

Mme Marie G... 31 ans. Père mort à 42 ans d'une péritonite tuberculeuse. Mère bien portante 58 ans. Six fréres et sœurs vivants.

Mariée depuis cinq ans à un homme plus jeune qu'elle d'une année, elle a eu trois enfants; le second, un garçon mourut à dix semaines ; les deux autres une petite fille de 4 ans et un garçon d'un an et demi sont bien portants.

Marie G... à toujours été, dès sa jeunesse, susceptible et irritable, méfiante et bizarre. Dès le lendemainde son mariage, elle prétendait que son mari ne pouvait pas l'avoir épousée par amour, parce qu'elle était plus âgée que lui. Elle était très intelligente. A toujours été réglée normalement.

Etant enfant, elle eut les fièvres intermittentes, et à l'âge de 2 ans, elle fit une chute sur le pavé et se blessa grièvement au front. Trois mois après son dernier accouchement, ses globes oculaires devinrent proéminents, elle fut prise de palpitations, d'angoisse, d'insomnie. Quelques jours plus tard, survinrent des accès de mélancolie. La malade négligeait son ménage et ses enfants, courait de tous côtés, allait voir à chaque instant les parents de son mari, sa mère et dans toutes ses courses, elle allait à travers champs, ne reculant devant aucun obstacle ; il lui arriva même une fois de traverser la rivière. Elle ne mangeait plus, ne buvait plus, passait toutes ses nuits sans dormir. Elle devint de plus en plus méfiante, se croyait négligée, persécutée par les siens. Elle s'accusait de fautes imaginaires, « elle avait voulu faire la folle, se couper le cou, et c'est pour la punir, qu'on lui avait réellement fait perdre la raison et qu'on lui avait

fait venir un goître. » Elle entend des voix, est excitée, crie, insulte tout le monde, mord, déchire ses vêtements. (Malgré la maladie de Basedow, elle avait encore nourri son enfant pendant 5 mois, 8 mois en tout.)

Le 19 juin 1869, elle entre à l'asile d'Allenbourg.

21 juin. On constate tous les signes du goître exophtalmique. La malade est très amaigrie. Son agitation est extrême ; elle prétend qu'on veut la faire mourir et l'enterrer ici. Elle pousse, des cris, gesticule, arpente la salle en tous sens, se tord les mains, cherche à mordre et à griffer. Elle déchire ses vêtements, tient des discours incohérents, dit qu'on veut la rendre folle. On est obligé de la mettre en cellule avec les entraves aux mains et aux pieds.

Pendant deux mois, du 25 juin au 25 août elle passe par des alternatives de calme et d'agitation. Un jour elle crie, se lamente, se frappe contre les murs, et le lendemain elle est calme, souriante, s'occupe à coudre. Tantôt elle entend des voix, se met dans des colères terribles, déchire ses vètements ; tantôt au contraire ; elle est en parfaite lucidité d'esprit, se montre enjouée et demande à sortir. Elle a quelquefois des hallucinations visuelles ; elle croit voir sa sœur, l'appelle. « C'est toi, Marie ?... » Malgré cette excitation, son état général s'améliore sensiblement.

25 Août. La malade parait être dans son état normal. Elle s'occupe à divers travaux, écrit une lettre fort sensée. Le 1er septembre, l'amélioration persistant, on l'emmène à une fête, mais elle s'échappe pendant le feu d'artifice et se met à errer toute la nuit dans les rues, c'est une voisine qui la ramène à l'asile.

15 Septembre. La malade se rétablit à vue d'œil, elle prend de l'embonpoint et se sent très bien portante ; elle manifeste la crainte de rester éternellement à l'asile.

6 Octobre. Son mari vient la voir, elle demande à s'en aller avec lui, et malgré le refus qu'on lui oppose, elle reste calme et ne montre aucune mauvaise humeur. Cette visite paraît d'ailleurs avoir produit une amélioration considérable.

15 Novembre. La malade a complètement recouvré la raison. Elle est affable, de caractère enjoué. La santé est excellente ; les palpitations et l'exophtalmie ont diminué, mais le goître est stationnaire.

Marie G. sort le 28 Novembre et un mois après elle nous écrit une lettre pour nous remercier de nos soins ; elle nous assure que sa santé ne laisse rien à désirer et que ses forces sont complètement revenues.

Observation XXVI. Colman-Collins. *The Lancet* 8 Janvier 1887.

Goître exophtalmique. Excitation maniaque succédant uue dépression mélancolique chez une « male sana ».

Miss A. B... vint me consulter en 1879. Elle avait alors des palpitations de cœur très violentes ; le pouls était à 130 ; la matité cardiaque très légèrement augmentée. Le cœur était manifestement hypertrophié. Exophtalmie assez prononcée et égale des deux côtés. Légère augmentation de volume du corps thyroïde. Cette tuméfaction ne constitua jamais une difformité ; elle simulait un bronchocèle devenu stationnaire juste au moment de sa période de développement. — Pulsations très visibles dans les vaisseaux de la glande et du cou, avec léger murmure systolique. La malade est très agitée, en proie à l'insomnie.

On prescrivit le fer, la digitale et la noix vomique ; on donna quand il fut nécessaire des potions de chloral et du bromure ; on recommanda l'exercice au grand air et un régime reconstituant.

La malade fit un séjour au bord de la mer qui amena peu de modifications dans son état. Lors de son retour au milieu de son entourage, la maladie de Graves s'aggrava. Elle fut éprouvée par des troubles domestiques, et son esprit déjà en proie à un équilibre instable, ne tarda pas à fléchir. Sa santé et son état mental se modifièrent profondément. Elle tomba graduellement dans un état de dépression mélancolique. Elle fut en

proie à de nombreuses illusions, et fut tourmentée par la nécessité de rejoindre ses amis en paradis ; aussi croyait-elle nécessaire de se laisser mourir d'inanition. D'autres fois elle était persuadée que la nourriture et le physique la menaient à la mort. C'était bien là de la lypémanie.

Je dus, pendant un mois, la nourrir à l'aide de la sonde œsophagienne. Une constipation opiniâtre vint se joindre aux autres troubles. Je jugeai à propos de prescrire la belladone qui parut d'ailleurs amender les fréquents accés d'excitation maniaque.

Au bout d'un mois, sa tristesse cessa. Une éclaircie se produisit dans les nuages. Les ténèbres mélancoliques se dissipèrent, l'atmosphère s'éclaircit, elle cessa de refuser la nourriture, et parut s'intéresser aux bonnes intentions de ses amis. Finalement elle se rétablit, autant qu'il lui était possible de se rétablir. Je l'ai revue dernièrement. Les palpitations, l'ophtalmie et le goître sont restés stationnaires. La mélancolie a laissé certainement des traces ; c'est une « male sana. »

Il m'a été impossible d'avoir des détails précis sur les antécédents héréditaires de cette malade.

IX

Délire primaire multiple, polymorphe sans tendance évolutive.

Nous avons décrit jusqu'à présent des formes de délire dans lesquelles, malgré la variété des conceptions délirantes observées chez le même malade, il était possible de distinguer une idée dominante qui pût servir à qualifier l'accès. C'est ainsi que la prédominance d'idées de persécution basées sur des hallucinations avec tendance à la systématisation, que l'excitation maniaque et la dépression mélancolique nous ont permis de décrire un délire pseudo-systématisé, des états maniaques et mélancoliques chez les dégénérés. Or, dans les observations qui nous restent à étudier, nous ne verrons rien de semblable. Ici nous verrons chez le même sujet les conceptions délirantes les plus variées; les idées les plus illogiques et les plus opposées se succéderont et se contrediront sans qu'il soit permis d'établir un semblant de type clinique basé sur la prédominance d'une idée autour de laquelle les autres conceptions délirantes n'occuperaient que le second plan.

Mais, s'il nous est impossible de décrire des types cliniques plus ou moins bien définis, il nous sera du

moins facile de reconnaître, aux nombreux caractères que nous avons étudiés dans les chapitres précédents, les délires qui sont propres aux dégénérés.

Le dégénéré transforme et modifie tout ce qu'il touche, et, dans les tableaux multiples qu'il crée par les assemblages les plus inattendus d'idées délirantes, il jette toujours une note personnelle, originale, qui est comme le sceau de son état mental antérieur.

Il s'agit dans l'observation suivante d'une femme de 30 ans, dégénérée, chez laquelle une pneumonie fit apparaître simultanément la maladie de Basedow et les troubles psychiques.

Observation XXVII. (Impaccianti. *Sociéta lancisiana degli Ospedali di Roma.* 1893).

Goître exoptalmique. Troubles psychiques polymorphes apparaissant chez une dégénérée héréditaire à l'occasion d'une pneumonie.

Femme de 30 ans, à hérédité psychopatique et inversion sexuelle ; mariée, deux fils, accoucha du dernier quatre mois avant la maladie actuelle. Accouchement normal, n'allaitait pas son enfant. Quoique anémique et de constitution très grèle elle n'avait pas eu jusque là de maladie sérieuse. Son caractère un peu mélancolique le devint encore plus depuis le dernier accouchement.

Le 17 Juin, elle s'alita avec de la fièvre et un point de côté à droite.. L'examen physique révela une pneumonie de la base du même côté.

Température.	M. 38.7	S 39
Pouls.	170	130
Respiration.	56	62

Les jours suivants, la pneumonie atteignit son summun. La

température oscilla entre 39.5 et 41, la respiration entre 60 et 70, le pouls était à 110 en moyenne. Un bain froid abaissa la température d'un degré environ et porta le pouls à 100, la respiration à 50.

21 Juin. Les signes physiques persistent sans changement. Pas d'expectoration, pas un râle dans toute la poitrine.

Température.	M. 39	S. 40.7
Pouls.	99	120
Respiration.	40	80

La malade devient muette, s'exprime par des signes impérieux, et commence à écrire ce qui lui arrive ; il se développe une véritable graphomanie qui dure plusieurs jours.

La température se maintient dans les jours suivants aux environs de 40°, pouls 120, respiration 60. L'auscultation et la percussion ne révèlent aucun symptôme nouveau.

Le corps tyroïde, déjà un peu hypertrophié au début de la maladie, augmente encore un peu de volume. Il survient une légère exophtalmie.

En outre, la malade passe du mutisme absolu à un état d'excitation ; elle est gaie, agitée, loquace. Puis, peu à peu, les idées se suivent, s'enchaînent sans trève, sans aucune logique. La malade est en proie à une véritable coprolalie ; le sentiment de la personnalité est atteint, elle a des hallucinations.

Dans son ventre, elle a quatre enfants qu'elle sent remuer, surtout à droite ; puis elle est remplie de matières fécales jusqu'au gosier. Ce flux d'idées et de paroles n'a plus de frein ; elle est portée irrésistiblement à faire des rimes « nelbello, Dello sterco, Campanello, Del mio dolore, Del mio fetore, Di tutti quanti, I santi, Poppanti, Affacendati, Becamati, Urinati ». Les heures et les jours se suivent ainsi, avec de courtes rémissions seulement, lorsque de fortes doses d'hypnotiques et de sédatifs lui procuraient une heure de sommeil.

1er juillet. — Quelques signes de résolution (disparition du soufle bronchique inspiratoire) à la base.

Température 39°,6. Pouls 124. Respiration 41. Le pouls est fréquent, mal soutenu. Respirations fréquentes mais amples; on dirait une « dypsnée de force. »

2 juillet. — Toujours agitée, très loquace, la malade est hallucinée. Son mari entre, elle l'appelle « le grand cocu ».

L'objet de son premier amour fut un médecin ; mais quand on l'a quittée, on l'endend crier son premier beccamorto (corbeau fossoyeur, consonnance avec amor).

Peu à peu le délire prend une forme dépressive. Elle est morte pour cinq mois; elle ne sent pas la pourriture : elle secoue de son dos la poussière du sépulcre. La gaité et le rire alternent avec les plaintes.

Cet état persiste pendant quelques jours. Il se déclara un noyau de pneumonie à la base gauche. Les pupilles sont dilatées, ne sont pas absolument égales. De temps en temps, il existe un léger strabisme. Les bras et les avant-bras sont contractés en adduction et en flexion avec un léger tremblement des mains. Emission involontaire des féces et des urines. L'examen ophtalmoscopique est négatif. Rien dans les urines.

Du 15 au 21 juillet. La fièvre baisse notablement 37°,5. 38 et atteint parfois la normale. Mais le nombre des pulsations augmente 120-150-165. — L'excitation maniaque augmente également, l'agitation est à son comble, la « logorrhée » sans frein, les forces prostrées, son esprit est un chaos.

L'examen du poumon révèle une résolution tardive de la pneumonie.

La malade est conduite dans un asile où elle reste environ pendant 3 mois en proie à l'agitation, à la loquacité, à la manie, à quelques mouvements de fureur. Enfin guérison.

État actuel. — Restitutio ad integrum complète des poumons. Un peu d'exophtalmie ; léger tremblement de la parole. Un peu de goître, tachycardie 130. Pas de signe de de Grœfe.

Le délire de cette femme est absolument caractéristique. Prise au début du mutisme le plus absolu, elle

se livre à une véritable graphomanie, puis subitement elle devient gaie, loquace, passe du mutisme à un état d'excitation. Les idées se suivent, s'enchaînent sans trêve et sans aucune logique ; elle est prise d'une véritable coprolalie. Le flux d'idées est irrésistible. Le sentiment de la personnalité est profondément atteint; elle a des hallucinations de la sensibilité générale: elle a quatre enfants dans le ventre, elles les sent remuer ; elle est remplie de matières fécales jusqu'au gosier. Puis, tout à coup, elle tombe dans la mélancolie: elle est morte pour cinq mois ; elle secoue de son dos la poussière du sépulcre ; même dans cet état de dépression, le rire alterne avec les pleurs. De nouveau survient l'excitation maniaque, l'agitation est à son comble et nécessite l'internement de la malade. Trois mois plus tard, elle sortait complèment guérie.

Il est à peine besoin d'insister sur la nature de ces troubles psychiques. Le polymorphisme des accès délirants et leur évolution rapide, et surtout la présence de tares héréditaires chez cette femme nous permettent d'avancer avec certitude que c'est une dégénérée.

D'autre part, en même temps que survinrent les troubles pyschiques, on vit apparaître chez cette femme sous l'influence de la même cause déterminante, les premiers signes de la maladie Basedow, le goître et l'exopthalmie. Pendant un mois que dura la pneumonie, les deux ordres de symptômes évoluèrent parrallèlement. Trois mois plus tard les troubles psychiques

avaient complètement disparu, mais le goître, l'exopthalmie et la tachycardie persistaient.

Il n'est donc pas douteux que dans ce cas le goître exophtalmique et les désordres mentaux n'aient d'autre lien que la communauté du terrain dégénéré sur lequel la pneumonie les a fait naître simultanément.

Observation XXVIII. Joffroy. *Société médico-psychologique* 31 mars 1890.

Goître exophtalmique. Idées de persécution. Hallucinations visuelles. Dépression mélancolique.

Antécédents héréditaires. *Père* et *mère*, morts, ont toujours été bien portants. Un *frère* et une *sœur* morts de phtisie a 20 et 22 ans : une autre *sœur* bien portante. Un *oncle* encore vivant est bourru et peu intelligent.

Antécédents personnels. Femme de 55 ans. Réglée à 13 ans. Aucun signe d'hystérie. Pas d'alcoolisme. Mariée à 20 ans ; elle a éprouvé vers l'âge de 28 ans des accidents pénibles de toux quinteuse avec crachements de sang qui ont fait craindre l'existence d'une tuberculose pulmonaire.

Histoire de la maladie. — L'aspect de la malade est caractéristique, elle a l'attitude et la physionomie du désespoir. Elle pleure presque continuellement, se lamente en disant qu'elle est damnée parce qu'elle n'est pas chrétienne. Si on cherche à la détromper, elle ajoute qu'elle ne peut pas être chrétienne, puisque ce sont les animaux qui l'ont mise sur la terre. Elle convient toutefois que son père et sa mère ressemblaient extérieurement aux autres hommes et aux autres femmes, mais qu'ils étaient quand même des animaux, puisqu'ils n'étaient pas chrétiens.

La nuit, et surtout pendant son sommeil, le dortoir où elle se trouve se remplit d'un grand nombre de chrétiens, hommes et femmes, et ce sont ces gens (qui ne sont en aucune façon des

persécuteurs et ne viennent que pour faire le bien) qui lui ont révélé sa triste situation.

Elle affirme et maintient très énergiquement que très fréquemment, ces grandes réunions de chrétiens se font dans la salle, mais elle ne les voit jamais, ne les entend pas, n'a aucune perception, ni par l'odorat, ni par le goût, ni par le tact trahissant leur présence, et néanmoins, elle sait avec la plus grande certitude qu'ils sont là, parce qu'elle ressent une douleur spéciale, vague et non localisée en un point du corps. Ces personnes ne se servent pas de ses organes, ne la font ni parler, ni remuer, mais la font penser et lui ont ainsi révélé son origine bestiale.

C'est en vain alors que nous avons cherché chez cette malade des idées de persécution : elle ne voit autour d'elle que des gens qui veulent le bien, elle est docile, et si elle ne veut se soumettre à aucune médication, ce n'est pas parce qu'on veut l'empoisonner, c'est parce son mal étant intimement lié à sa naissance, est incurable, et qu'il lui est par conséquent inutile de se soigner.

Mais si chacun autour d'elle fait le bien, elle même ne produit que le mal. Elle empoisonne tout le monde par sa présence, et dernièrement nous l'avons trouvée plus désolée encore que d'habitude, parce qu'une de ses voisines avait été frappée d'une attaque d'apoplexie ; c'était elle qui en était cause. Elle est également cause des malheurs qui surviennent aux personnes de sa connaissance, vivant hors de Paris, et très loin d'elle.

Ajoutons à ces symptômes un tremblement habituel de tout le corps, une asystolie avec battements rapides et irréguliers, et un souffle assez fort à la pointe.

Voilà quels sont les symptômes dominants dans l'état actuel, et il serait très possible à un médecin non prévenu de ne voir là qu'un cas de mélancolie générale, avec tremblement, affection mitrale et asystolie, sans songer au goître exophtalmique. Il n'en était pas ainsi, il y a quatorze mois, quand la malade est entrée dans mon service ; bien au contraire, le tableau symptomatique de la maladie de Basedow était presque complet. L'exophtalmie seule faisait presque défaut ; mais si les symptômes

sont peu accusés du côté des yeux, il n'en est pas de même des autres signes.

Le corps thyroïde présentait un gonflement notable, mais uniquement dans le lobe droit, on y perçoit nettement un mouvement d'expansion, soit par la vue, soit par la palpation.

En outre, la malade se plaignait de palpitations fréquentes. Les bruits du cœur étaient, à cette époque, réguliers, éclatants et ne présentaient rien d'anormal, sauf une sorte de roulement au premier bruit. La pointe du cœur battait entre le quatrième et le cinquième espace intercostal.

Le pouls était d'ordinaire à 120, est beaucoup moins accusé à la radiale qu'à la carotide. Enfin, on constatait aux membres supérieurs, et surtout aux mains, un tremblement menu, fréquent, et s'exagérant beaucoup sous l'influence de la moindre émotion.

La malade présentait en même temps de la polyurie, de la gastralgie fréquente, de la tendance à la constipation, un état d'anémie assez marqué et de l'insomnie.

A cette époque, la malade ne paraissait présenter d'autres troubles psychiques qu'une émotivité très grande, une susceptibilité exagérée, et un degré de tristesse qui paraissait bien justifié. On verra par la suite qu'il ne s'agit là que d'une apparence, et, qu'en réalité, il y avait des idées de persécution déjà anciennes.

La malade reste dans cet état sans modifications notables, pendant dix mois environ, de février à décembre 1889, et alors survint un symptôme nouveau, qui précéda de peu le développement de la mélancolie générale. Je veux parler de l'hallucination visuelle produite par la fixation du regard.

Le lit de la malade est disposé de telle sorte qu'elle aperçoit, à travers les fenêtres du dortoir, les cimes de plusieurs arbres sur lesquels viennent fréquemment se poser des oiseaux, et, particulièrement, à l'époque dont il s'agit, de grosses corneilles qui reviennent chaque année à la Salpêtrière. Or, il arrivait très-fréquemment à la malade, quand elle regardait fixement les arbres, de croire y voir des corneilles en nombre de plus en plus grand,

et bientôt tel, que les arbres en étaient couverts et que l'air en était obscurci. Ce n'était nullement une réalité, mais bien une hallucination.

Ajoutons que, depuis la ménopause, c'est-à-dire depuis quatre ou cinq ans, la malade avait eu, à plusieurs reprises, des hallucinations de la vue, des visions de scènes champêtres, par la fixation prolongée d'un point. Jamais il n'y a eu d'hallucinations auditives, soit isolées, soit concomitantes.

Dans quelles conditions s'est développé le goître exophtalmique?

La malade attribue son mal à de profonds chagrins. Après une quinzaine d'années de mariage, pendant lesquelles il n'était survenu aucun incident, son mari commença à être infidèle, et la quitta pour aller vivre avec une autre femme. Elle apprit ensuite que de cette union illégitime, étaient nés plusieurs enfants. Elle en fut très affectée, eut des idées de suicide, à ce point qu'elle demanda à entrer à Ste-Anne où elle séjourne pendant six mois.

Plus tard, son beau-frère, à qui était confiée la gestion de ses économies, l'aurait volée, et depuis cette époque, elle vit sans aucune relation avec sa famille.

Ces renseignements nous ont été donnés par la malade et confirmés par une de ses amies, qui la connait depuis quatre ans seulement, et qui nous ajoute que la malade est très honnête, très bonne, très sobre, mais prête à s'irriter et en proie à une grande tristesse avec des idées de suicide, sans que, à sa connaissance, elle ait jamais fait aucune tentative.

Nous en étions à ce point de notre observation, lorsque nous pûmes nous procurer l'adresse de son beau-frère qui habite la province, et qui s'empressa de venir à Paris dès qu'il crut pouvoir être de quelque utilité à sa belle-sœur. Et alors, il nous apprit que les chagrins domestiques de la malade étaient purement imaginaires, que les accès de jalousie qui en marquèrent le début n'avaient aucun fondement, que le mari avait été obligé de quitter sa femme parce que celle-ci lui rendait la vie insupportable, que jamais il n'avait vécu maritalement avec une autre

femme, et que rien ne permettait de supposer qu'il ait eu des enfants depuis sa séparation.

Le vol était également imaginaire ; les économies de la malade ayant été placées par lui-même en rentes sur l'Etat, mais le titre ayant changé de forme et de couleur, à l'époque d'une conversion, la malade n'hésita pas à se regarder comme lésée, et intenta un procès qu'elle perdit sans qu'on pût arriver à le convaincre de l'honnêteté de son beau-frère, pas plus qu'on n'avait réussi à lui démontrer la bonne conduite de son mari.

De sorte que si on veut attribuer aux chagrins domestiques une part dans la pathogénie du goître exolphtalmique, il faut remarquer que ces chagrins ne reposent que sur des faits complètement imaginaires. Du reste ce système de persécution a pris une grande extension et a nécessité l'internement forcé de la malade à Ste Anne.

Nous ne pouvons dire avec précision quels étaient alors les troubles qu'elle présentait, mais le beau-frère nous apprend qu'elle parlait de prison, de jugement, de décapitation.

Cette malade qui a aujourd'hui 55 ans, a donc présenté des troubles psychiques dès l'âge de 35 ans, et depuis cette époque, ils ont toujours persisté avec plus ou moins d'évidence.

Il resterait alors à déterminer l'âge exact du goître exophtalmique. Cela est bien difficile. Ce qui semble certain, c'est que jamais les médecins n'ont parlé devant elle de cette maladie que depuis trois ans maintenant, et que, d'autre part, jamais aucune personne de sa famille n'avait remarqué l'augmentation du volume du cou, jusqu'au moment où, il y a trois ans, le médecin l'a constaté. Il semble donc probable qu'ici le goître exophtalmique se soit développé au cours d'une mélancolie générale.

Voici en résumé l'histoire de cette maladie : c'est une femme de 55 ans, dont les antécédents héréditaires et personnels sont bons. A 35 ans elle fut prise d'idées de persécution plus ou moins bien systématisées. Son

mari lui est infidèle et de son union illégitime avec une autre femme naissent plusieurs enfants. Son beau frère, à qui est confiée la gestion de ses économies, la vole, et elle lui intente un procès qu'elle perd. A l'occasion de cette bouffée d'idées de persécution, elle fut internée à Ste-Anne d'où elle sortit suffisamment améliorée pour reprendre la vie commune. Les renseignements d'une amie nous la montrent à ce moment très honnête et très bonne, mais irascible, et sujette à des accès de tristesse allant jusqu'aux idées de suicide.

A 50 ans survient la ménopause. A cette époque la malade a des illusions et des hallucinations de la vue produites par la fixation prolongée d'un point.

Enfin, au moment de son entrée dans le service de M. Joffroy, la malade est en proie à un accès de dépression mélancolique. Elle pleure continuellement, elle a l'attitude et la physionomie du désespoir ; elle se sent damnée parce qu'elle n'est pas chrétienne. Elle ne peut être chrétienne en effet, puisque ce sont des animaux qui l'on mise sur terre. Elle ne veut se soumettre à aucune médication, parce que son mal qui est intimement lié à sa naissance, est incurable et il lui est par conséquent inutile de se soigner. D'autre part elle empoisonne tout le monde par sa précence ; elle est cause de tous les malheurs qui arrivent autour d'elle.

Ainsi, idées de persécution, avec tendance à la systématisation qui guérissent ; plus tard illusions et hallucinations de la vue, enfin accès de dépression mé-

lancolique ; tels sont jusqu'ici les troubles mentaux observés chez la malade de M. Joffroy. Nous croyons qu'il s'agit encore d'un délire polymorphe avec prédominance d'idées mélancoliques.

Dans l'observation suivante il s'agit d'une jeune fille chez laquelle le goître exophtalmique s'associe à l'hystérie et s'accompagne d'hallucinations hypnagogiques. « Dans ce cas, dit M. Joffroy, le trouble cérébral est hystérique par son origine, et par son développement, il appartient à la maladie de Basedow ».

Observation XXIX. A. Joffroy. *Société médicale des hôpitaux* 17 avril 1890.

Goître exophtalmique. Hystérie. Hallucinations hypnagogiques.

Il s'agit d'une jeune fille de 25 ans, présentant, depuis plus de cinq mois, les symptômes de la maladie de Basedow : tachycardie, palpitations, pouls habituel de 112 à 120 ; tremblement des mains, tumeur thyroïdienne assez volumineuse dure, avec battements perçus par la malade et appréciable au toucher. Très peu d'exophtalmie.

Cette malade, qui a toujours été très nerveuse, très impressionnable, a eu autrefois et à plusieurs reprises des syncopes, des accès de dyspnée avec constriction laryngée et des bizarreries du caractère ; elle présente un peu d'ovaralgie gauche ; bref ; des signes suffisants pour admettre un léger degré d'hystérie.

Elle a vu, il y a déjà longtemps, un chien enragé, et a eu une très grande peur. Pendant les deux années qui ont suivi, elle a souvent revu dans un rêve pénible cet animal, tel qu'elle l'avait vu autrefois, puis peu à peu ce cauchemar est devenu de plus en plus rare, et, enfin, avait disparu depuis plusieurs années, quand, il y a cinq mois, est survenue la maladie de Basedow.

Actuellement la malade fait de nouveau ce rêve, se réveille dans un état de malaise et de frayeur, et, tout en étant éveillée, elle continue, non pas à se représenter, mais à voir l'animal, avec l'œil mauvais, la queue entre les jambes, marchant d'une allure un peu pressée, absolument comme s'il s'agissait d'une réalité. Cette hallucination persiste pendant un temps très appréciable, peut-être plus de cinq minutes.

Tout d'abord, quand la malade se réveille, elle est sous l'illusion entière de l'hallucination, puis peu à peu la conscience revient; la malade constate qu'elle est dans son lit, dans sa chambre, dans l'obscurité et qu'elle est victime d'une sensation imaginaire, mais malgré tout, l'hallucination persiste encore quelque temps avec une netteté toute matérielle.

D'autrefois, la malade a l'illusion que sa chambre, au milieu de l'obscurité de la nuit, est éclairée par une lumière blanche analogue à celle de l'électricité. Mais elle constate facilement qu'il ne s'agit là que d'une fausse sensation, puisqu'elle ne peut, quoique la lumière soit assez intense, apercevoir les meubles ou les objets qui sont autour d'elle.

Je mentionnerai encore l'hallucination suivante, débutant comme la première fois par un cauchemar. Un homme cherche à pénétrer dans la chambre par effraction, et la malade l'aperçoit nettement au travers des rideaux transparents de la fenêtre. Elle se réveille en sursaut, continue à être en proie à une grande frayeur, à voir la silhouette du malfaiteur, puis la conscience revenant, elle se dit que cela ne peut pas être, puisque des rideaux très épais sont soigneusement tirés, et qu'on ne pourrait apercevoir un homme derrière la fenêtre. Mais, malgré tout, l'hallucination persiste encore quelque temps.

Dans les deux observations qui suivent, nous verrons des interprétations délirantes multiples, combinées des façons les plus diverses chez des sujets manifestement dégénérés.

OSERVATIONS XXX. BŒDECKER. *Charité-Annalen* 1889.

Goitre exophtalmique. Délire primaire multiple polymorphe avec mélange d'idées de persécution et de grandeur sans tendance évolutive.

Alexandre Sch... comptable, âgé de 28 ans, marié, entre le 2 novembre 1887, à la clinique des maladies nerveuses de Charité.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. *Père* et *Mère* morts de phtisie ; *grands parents* morts de maladie de poitrine. Trois frères et deux sœurs morts en bas âge ; une *sœur* vit encore et est tuberculeuse. Après la mort de sa femme, son père vécut en mauvaise intelligence avec une femme atteinte de maladie de Basedow qui mourut plus tard d'une pneumonie. Un enfant imbécile naquit de cette union.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. Sch... a toujours été d'une santé délicate. Etant enfant, il eut successivement la rougeole et la scarlatine. Typhlite à 18 ans.

Histoire de la maladie. Depuis l'âge de 12 ans, le malade a des fourmillements tantôt dans le bras droit, tantôt dans le bras gauche. Ces fourmillements commencent au bout des doigts, se propagent à la moitié correspondante du corps et finalement gagnent l'autre côté. Au début, ils revenaient tous les quatre jours environ ; ils survenaient le plus souvent vers quatre heures du matin. Le malade éveillé par des fourmillements dans la main ne pouvait se rendormir. Le matin, le malade avait des maux de tête, des envies de vomir ; il était hébété et ne pouvait supporter l'éclat de la lumière. Cet état s'améliorait dans le courant de la journée et le lendemain matin, Sch... était complètement rétabli. Les dernières semaines qui précédèrent son admission, les accès de fourmillements devinrent plus fréquents. L'une de ses crises s'accompagna le matin de vomissements, ce qui ne lui était jamais arrivé. Un autre jour, le malade perdit la

parole pendant un quart d'heure ; il aurait eu en même temps de la paresthésie de tout le côté droit. Depuis le 26 octobre, les fourmillements revinrent tout les deux jours.

Les premiers symptômes de la maladie de Basedow apparurent au mois de septembre dans des circonstances assez singulières. Trois mois auparavant, sa belle-mère, qui était atteinte de goître exophtalmique mourut d'une pneumonie, et on fut obligé de scier une bague qu'elle portait au doigt. Ce fait frappa beaucoup Sch... qui dès lors fut obsédé par la crainte d'être atteint de la maladie de Basedow. Néanmoins sa santé resta bonne jusque vers les premiers jours du mois de septembre. A cette époque ses amis lui firent remarquer que son cou augmentait de volume et que ses yeux devenaient légèrement proéminents. Le malade lui-même s'aperçut en même temps que son pouls était beaucoup plus fréquent qu'à l'ordinaire. Un médecin fut consulté, mais malgré ses soins. l'exophtalmie et le goître augmentèrent rapidement, puis survint le tremblement des mains et des extrémités inférieures ; le malade pouvait à peine se tenir sur ses jambes. En même temps apparurent des sueurs abondantes, une soif ardente, une faim dévorante, une toux spamodique avec expectoration, une sensation de chaleur insupportable à la tête. Les forces diminuèrent, Sch... se sentait épuisé, anéanti. Son entourage fut frappé des modifications subites qui survinrent dans son caractère, il était devenu irritable à l'excès, s'emportait pour des futilités. Sa mémoire diminua d'une façon considérable ; il perdait surtout le souvenir des faits récents.

2 novembre 1887. — Le visage est congestionné et couvert de sueur. Les globes oculaires sont manifestement proéminents. Le globe oculaire droit est légèrement dévié en dehors. A première vue, on constate le signe de de Grœfe. Les pupilles réagissent à la lumière. Un peu de nystagmus.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, un peu en dehors de la ligne du mamelon. Pas de bruits anormaux à l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux. Pouls, 140.

Les deux lobes du corps thyroïde sont manifestement hypertrophiés. La circonférence du cou, au point où la glande est le plus développée est de 36 centimètres. Il n'existe pas de bruits de souffle ni de battements anormaux au niveau des vaisseaux de la glande elle-même.

Léger tremblement de la langue.

Le tremblement des bras augmente à l'occasion des mouvements volontaires ; il est presque nul, lorsque le malade est au repos complet.

La respiration est un peu accélérée (32).

Les mouvements des bras et des jambes se font librement. Les bras sont faibles. Une pression manuelle même légère, s'accompagne d'un tremblement à oscillations rapides.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

On peut provoquer à un faible degré le phénomène du pied.

La sensibilité est intacte.

Pendant son séjour à la clinique, le malade présente un état mental particulier. Il s'excite avec la plus grande facilité. A chaque visite du médecin, son visage se congestionne, prend une expression de colère et se couvre de sueur. Son caractère est violent et emporté. Pour les motifs les plus futiles, il se met dans des colères terribles ; les autres malades sont persuadés qu'il les frapperait s'il en avait la force.

Sch... a presque complètement perdu la mémoire ; il a oublié les dates du début de sa maladie et de son entrée à la clinique.

Dans la nuit du 16 au 17 novembre, il se lève, prend son urinal, mais ne s'en sert pas et urine par terre. Il semble à ce moment avoir complètement perdu la raison, et ne s'entend pas interpeler. Le matin, il n'a qu'un souvenir très vague de ce qui s'est passé et ne se rappelle pas qu'on lui ait adressé la parole.

Ses voisins racontent que, la nuit, il parle et chante en dormant.

Au point de vue physique, le malade s'améliore lentement mais graduellement. Il est toujours aussi fatigué, il se plaint de

tousser, de cracher constamment. Il a encore des fourmillements et des maux de tête.

Le 24 décembre 1887, le malade sort sur sa demande.

Le 25 février 1888, il entre de nouveau et est admis cette fois dans la section des aliénés. Le certificat d'admission mentionne que Sch... est atteint de folie hallucinatoire, bien que le goître exophtalmique se soit notablement amélioré. Lors de son admission le malade est assez calme. Il donne des renseignements précis sur le début de sa maladie et déclare que depuis une quinzaine de jours, il entend des voix qui lui parlent à l'oreille. Le matin, il s'entend dire par exemple « le voilà réveillé » « il ne répond plus » etc.

Ayant entendu dire que c'était là un mode de début de la folie, il alla trouver, huit jours avant son admission, le commissaire de police et le pria de faire visiter sa chambre. Les recherches ayant été infructueuses, il s'en fut confier ses craintes à un médecin qui l'envoya à la Charité.

Exophtalmie médiocre; goître léger, Sch... se trouve bien portant. Le pouls est régulier, sa tension normale. Pas de bruit de souffle au cœur.

Les premiers jours Sch... est tranquille; puis il devient inquiet. Il est très abattu. Il entend des voix qui lui ordonnent de pendre sa femme. Le matin, à son réveil, il s'entend proférer des menaces de mort. Dans la pièce où il se tient pendant le jour, il entend des voix qui lui parlent du docteur O... Il raconte que, depuis six mois déjà, aussi bien dans la rue que chez lui, des voix lui disent qu'il est fou, et que s'il ne se rend pas lui-même, dans un asile d'aliénés, on l'y conduira de force. Une nuit, il s'entend dire nettement. « Que fait donc cet homme avec son sabre? » Le matin, tout anxieux, il va trouver le médecin et lui fait part de son hallucination.

Dans le jour, les voix sont moins nombreuses, mais il se plaint d'être constamment épié et surveillé.

Sch. ne peut s'expliquer d'où viennent ces voix, cependant il croit pouvoir conclure, d'après certaines allusions, que c'est son

voisin de lit, un charretier, qui le persécute ; en tout cas, cela ne peut venir que des malades qui sont dans la même salle que lui. Il pense qu'on veut le rendre fou.

Il se plaint de douleurs dans la région occipitale, d'un sentiment de faiblesse et de fournillements dans le bras.

Vers la fin de mars, le malade est plus calme. Il affirme qu'il est moins incommodé par les voix.

Au milieu du mois d'avril, il prétend ne plus avoir d'hallucinations. Malgré cela il est toujours inquiet et abasourdi. Il soutient que les autres malades lui trouvent un caractère bizarre et qu'on fait sur son compte des remarques malveillantes. Dernièrement il a entendu dire à un malade « qu'on voulait envoyer du vin à sa femme. » Il est convaincu que des ennemis le poursuivent depuis son enfance, et que ce sont ceux-là même qui ont déjà poursuivi son père. Celui-ci d'ailleurs qui était à la tête d'affaires importantes est mort dans des « circonstances mystérieuses. »

Depuis longtemps déjà « on lui a dit » que lorsqu'il aurait 30 ans, il découvrirait tout.

Il se doute bien de l'endroit où se trouvent ses ennemis, mais il ne les dénoncera pas, car il ne veut pas faire du mal à autrui.

A force de menaces on a brouillé sa sœur avec lui, et « il lui est venu aux oreilles » qu'on l'empêchait de venir le voir.

Il pense que si on le persécute de cette façon c'est pour le dépouiller de ses biens. Il croit fermement d'ailleurs que lorsqu'il aura 30 ans tout ce mystére s'éclaircira comme « on » le lui a prédit.

Sch. est taciturne et sombre. Il faut lui arracher les paroles par des questions réitérées et il est certain qu'il cache la plupart de ses hallucinations.

Les symptômes physiques ont presque complétement disparu. Il n'existe plus qu'un peu de tremblement et des palpitations, lorsque le malade est excité.

Observation XXXI. Cane, *The lancet* 1877.

Goître exophtalmique. Troubles psychiques polymorphes avec excitation sexuelle d'abord guéris, puis reparaissant sous l'influence d'une fièvre typhoïde.

Mme P. veuve, 42 ans. A toujours été nerveuse et irritable ; une tante bizarre s'est suicidée. Lorsqu'elle vint me trouver, Mme P. était malade depuis un mois. Après la mort de son mari, elle était devenue très irritable tantôt excitée, tantôt abattue. Dès que je la vis au mois de juillet 1876, je constatai les signes manifestes de goître exophtalmique. Exophtalmie, palpitations, goître, insomnie. La malade était très agitée, et d'une extraordinaire excitation sexuelle ; elle croyait avoir inspiré de l'amour à différentes personnes qu'elle poursuivait et accablait de toutes sortes d'attentions. Je lui ordonnai de la belladone et les palpitations diminuèrent ; l'état mental s'améliora également.

Malheureusement elle prit une fièvre typhoïde qui dura plusieurs semaines et à la suite de laquelle les troubles psychiques réapparurent. Au mois de Décembre 1876, elle eut des alternatives de dépression mélancolique et d'agitation maniaque ; elle se mettait dans de violentes colères. Une nuit elle voulut se jeter par la fenêtre, et fit dans la suite plusieurs tentatives de suicide. Elle devint tout à fait intraitable et fut envoyée dans un asile. Six mois plus tard, elle en sortait guérie.

Quelques jours après sa sortie, ses amis m'appelèrent en toute hâte, elle avait, disaient-ils, des crises convulsives « et était raide comme une planche ». Lorsque j'arrivai j'appris qu'elle avait absorbé le tiers environ d'une fiole contenant deux drachmes de strychnine. Je lui administrai un vomitif et quelques heures après les contractures avaient disparu complètement.

A partir de ce moment l'état mental de la malade s'aggrava : elle devint violente, malpropre, intraitable et fut de nouveau envoyée à l'asile. Les symptômes du goître exophtalmique étaient restés stationnaires.

X

Goître exophtalmique et délire aigu.

Les deux dernières observations de notre travail, se rapportent à des malades qui, atteints depuis longtemps de goître exophtalmique, furent pris de délire aigu et moururent en quelques semaines.

Il nous est impossible de dire que ces deux malades étaient des dégénérés, l'évolution rapide de la maladie ne nous permettant pas de soutenir une telle opinion ; mais nous pouvons affirmer que la maladie de Basedow n'a joué aucun rôle dans la production des troubles mentaux. Chez l'un de ces malades en effet le goître exophtalmique avait débuté cinq ans avant l'apparition du délire, et chez l'autre il existait depuis douze ans lorsqu'éclata l'accès de folie furieuse dont la malade est morte.

Nous ne pouvons donc voir dans ces deux cas qu'une coïncidence fortuite de la maladie de Basedow avec une des nombreuses formes de l'aliénation mentale.

Observation XXXII Robertson. *Journal of mental Science* Janvier 1875.

Délire aigu compliqué d'attaque convulsive survenant chez un malade atteint d'un goître oxophtalmique depuis 5 ans.

P. R. agriculteur, 47 ans, fut soigné, à plusieurs reprises, à l'hôpital royal de Glasgow, de 1868 à 1873, pour un goître exophtalmique. Au mois d'avril 1873, il devint très agité et le 22 décembre, il fut transféré à l'asile d'aliénés, dans le service du docteur Robertson.

D'après les renseignements fournis par sa femme, le malade aurait toujours été très nerveux et très excitable ; mais huit jours avant son entrée à l'asile, il était devenu tout à fait intraitable. Il était devenu furieux et sa violence était telle que ses parents durent réclamer l'assistance de la police.

R... est un homme de taille moyenne, au teint coloré, mais très amaigri. Sa physionomie exprime la férocité, due en partie à l'exophtalmie, mais surtout à une extrême agitation. Comme je lui demandais son nom. « Cela ne vous regarde pas » s'écria-t-il en bondissant de sa chaise comme pour me frapper ; mais aussitôt il se calma et se rassit. A toutes mes questions il fit la même réponse et je ne pus obtenir de lui aucun renseignement. Il paraît être halluciné.

Signes du goître exophtalmique : goître, exophtalmie, palpitations, pouls 120.

Le soir de son entrée, R. fut pris d'une attaque convulsive dans laquelle il perdit connaissance. Cette attaque ressemblait tout à fait à une attaque d'épilepsie, bien que, d'après sa femme il n'en eut jamais eu auparavant ; ce fut d'ailleurs la seule qu'il eut à l'asile.

Huit jours environ après son entrée, le malade fut pris d'une agitation incroyable et en même temps sont état général devint des plus mauvais. Il vomissait tout ce qu'il prenait. Un large chémosis apparut sur l'œil droit. Son état mental s'améliora au

bout de quelques jours, mais il était impossible de le faire parler. Il tomba dans une prostration profonde et mourut le 11 janvier, seize jours après son entrée.

Oservation XXXIII. Bœdecker. *Charité-Annalen* 1889.

Excitation maniaque avec idées de persécutions chez une malade atteinte depuis 15 *ans de goître exophtalmique.*

Jenny E... fille d'un commerçant, célibataire, âgée de 34 ans, entre le 23 mai 1888, à la clinique des maladies nerveuses de la Charité.

Les certificats des médecins traitants portent que la malade est atteinte depuis 12 ans de la maladie de Basedow, et que, depuis 3 mois elle a été prise de manie aiguë avec idées de persécution. Le jour même de son admission à la clinique, elle fut prise d'un accès de folie furieuse.

La malade pousse des cris et est très agitée. Un bain tiède et le repos au lit la calment un peu. Elle donne ensuite exactement son nom ; mais refuse de répondre à toute autre question. Elle demande à voir sa mère.

Dans la salle, elle regarde autour d'elle avec un air de stupeur. Elle se frotte violemment la tête contre son oreiller.

Elle ne prend que quelques aliments liquides. La malade est profondément amaigrie ; son visage a une expression grimaçante. La tête est aplatie latéralement et se termine en pointe.

A première vue on est frappé de la saillie énorme des globes oculaires. L'exophtalmie est très prononcée. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière. Léger tremblement de la langue. Le corps thyroïde est manifestement hypertrophié.

Le cœur est hypertrophié ; la pointe frappe avec force la poitrine. Rythme inégal. Température 39° 5, mais sans autre indice de fièvre.

La nuit, la malade dort peu. Elle est très excitée, pousse des

cris, grimace, cherche à se jeter à bas de son lit. Elle prend peu d'aliments, demande constamment à boire.

La respiration est bruyante et accélérée. Le corps est couvert d'une sueur froide.

La malade meurt dans l'exagération de tous les symptômes le 26 novembre.

On n'a pu recueillir aucun renseignement sur ses antécédents.

XI

Dégénérescence et goître exophtalmique. La théorie thyroïdienne de la maladie de Basedow.

Arrivés au terme de notre travail, il nous reste à exposer quels sont, d'après nous, les liens qui unissent à la maladie de Basedow les désordres cérébraux que nous avons décrits.

En un mot, existe-t-il une folie du goître exophtalmique? Peut-on décrire des psychoses symptomatiques de la maladie de Basedow au même titre que le goître, la tachycardie ou l'exophtalmie? Ces psychoses en constituent-elles ainsi les symptômes d'origine cérébrale qui, venant s'ajouter aux symptômes bulbaires, compléteraient le tableau clinique de l'affection considérée comme une névrose générale?

A toutes ces questions nous n'hésitons pas à répondre : Non.

Les folies névropathiques sur l'existence desquelles on pourrait s'appuyer pour admettre une folie de goître exophtalmique ne résistent pas à l'examen clinique. Elles ont subi peu à peu le sort des folies diathésiques et des folies sympathiques qui sont définitivement rayées du cadre nosologique. On tend

actuellement à admettre que, dans les folies dites névropathiques, la névrose et les troubles mentaux sont simplement associés chez des sujets que leurs antécédents héréditaires prédisposent à délirer. Il y a quelques mois, M. le professeur Joffroy écrivait que « la folie choréïque est la manifestation (à l'occasion de la chorée) de la dégénérescence de l'appareil psychique. » H. Colin, dans sa thèse inaugurale, a montré qu'il n'existe pas à proprement parler de folie hystérique : « lorsque les hystériques deviennent aliénés, dit cet auteur, leur début n'a rien de caractéristique. Il s'agit alors d'une combinaison de l'hystérie et de la dégénérescence mentale héréditaire. Ce sont deux maladies évoluant côte à côte. » Et, dans la préface qu'il écrivit pour cette thèse, Charcot déclare qu'il a été « depuis longtemps amené par l'analyse clinique à adopter des conclusions analogues. » Dans l'épilepsie, enfin, s'il est admis sans conteste que les malades atteints de cette affection délirent d'une façon bien spéciale *à l'occasion* d'une crise convulsive ou même d'un simple vertige, il n'est pas douteux que les troubles mentaux qui surviennent dans l'intervalle de deux accès ne sont que des folies associées, parmi lesquelles dominent les psychoses des héréditaires dégénérés. « Il y a alors, dit M. Magnan, une coexistence de deux états morbides très différents, qui se compliquent sans jamais se combiner tout en conservant chacun leurs caractères propres. »

Or, hâtons nous de dire qu'une telle conclusion s'impose au sujet du goître exophtalmique. Il n'y a

pas de troubles psychiques symptomatiques de la maladie de Basedow mais des psychoses qui coœxistent avec cette affection et évoluent d'une façon absolument indépendante.

Nous avons suffisamment insisté sur la nature de ces troubles psychiques pour que nous puissions nous dispenser d'y revenir. Nous avons montré, en effet, que presque toutes les fois que des troubles mentaux surviennent au cours de la maladie de Basedow, ils s'accompagnent de signes qui permettent de diagnostiquer aisément un état certain de dégénérescence, à savoir : l'hérédité, la déséquilibration mentale, les stigmates physiques et psychiques et enfin la forme même des conceptions délirantes.

D'autre part, il ressort nettement de l'analyse de toutes nos observations que les troubles psychiques peuvent apparaître à toutes les périodes de la maladie de Basedow, et que jamais les paroxysmes délirants ne correspondent à des recrudescences des troubles Basedowien.

Quelquefois, bien avant le développement du goître exophtalmique, se montrent des accès délirants qui peuvent guérir pour se reproduire au cours de la maladie de Basedow.

Parfois, c'est longtemps après la disparition du goître exopthalmique que surviennent les troubles vésaniques. Chez une malade observée par M. Rendu, la maladie de Basedow avait éclaté à la suite d'une émotion, mais, auparavant, à l'occasion d'une grossesse, était survenu un accès maniaque qui avait

duré quinze jours. Boeteau cite l'observation d'une malade dont le frère est aussi atteint de goître exophtalmique, et chez laquelle la maladie de Basedow est survenue à 56 ans ; or, elle avait déjà eu deux accès délirants : à l'époque où s'établit la menstruation, elle avait été prise d'un accès maniaque passager, et à 29 ans elle avait eu un accés mélancolique avec idées de suicide. Jacquin rapporte l'histoire d'une femme de 64 ans, issue de parents aliénés, chez laquelle, au cours de son quatrième accès mélancolique se présentèrent les symptômes de la maladie de Basedow.

Dans quelques circonstances, la maladie de Basedow paraît avoir favorisé l'éclosion des troubles psychiques mais en tant que cause purement occasionnelle. On sait avec quelle facilité les dégénérés délirent à l'occasion d'une cause parfois insignifiante, aussi ne devons nous pas nous étonner de voir le goître exophtalmique agir au même titre qu'une influence banale.

M. Raymond a montré que, chez les dégénérés, des troubles de la sécrétion urinaire suffisaient pour faire éclore les troubles mentaux. A ce propos, il cite l'observation d'une femme qui, au cours d'une néphrite chronique, fut sujette à des accès de folie de doute qui durèrent plusieurs années, et dont l'intensité était en rapport avec l'augmentation de l'albumine dans l'urine. Le même auteur a observé également une malade chez laquelle, au déclin d'une pneumonie, éclatèrent des idées de persécution avec hallucinations auditives, visuelles et gustatives, accompagnées d'exci-

tation maniaque. Ces signes persistèrent tant que dura la fièvre, s'exagérant à chaque élévation thermique, et cessèrent avec la défervescence. Après la guérison de la pneumonie il persista une dépression mélancolique avec scrupules et idées de culpabilité. Or, dans ces deux observations, M. Raymond n'hésita pas à attribuer les troubles psychiques à la dégénérescence mentale. Dans un cas, le trouble de la secrétion urinaire, dans l'autre une pneumonie avaient été la cause déterminante de l'éclosion de ces troubles mentaux.

Rappelons enfin que M. Landouzy a cité également l'observation d'un malade, atteint de goître exophtalmique, chez lequel une rougeole, une angine simple, une morsure de chien avaient occasionné un délire violent ; chez ce même malade, la maladie de Basedow avait fait éclore à plusieurs reprises des crises d'excitation.

Nous avons cité ces quelques exemples pour faire ressortir la facilité avec laquelle délirent les dégénérés, et pour montrer que, chez ces malades, le goître exophtalmique peut avoir exactement la même influence qu'une néphrite, une pneumonie, une rougeole etc.

Dans quelques cas enfin, lorsque les troubles psychiques et la maladie de Basedow éclatent simultanément, il n'est pas douteux que la même cause déterminante ait pu favoriser l'éclosion des deux ordres de symptômes. Telle est cette femme, dont nous avons reproduit l'observation, chez lequelle une pneumonie fit apparaître simultanément des troubles psychiques et la maladie de Basedow.

De ce qui précède nous pouvons déjà tirer les conclusions suivantes :

Il n'y a pas de folie du goître exophtalmique.

Les troubles psychiques et les symptômes de la maladie de Basedow, toutes les fois qu'ils coexistent chez le même sujet, doivent être considérés comme des affections associées.

Dans la majorité des cas l'éclosion des troubles mentaux précède ou suit l'apparition des symptômes de la maladie de Basedow.

Dans quelques cas le goître exophtalmique peut agir comme cause déterminante et favoriser l'éclosion chez un dégénéré, de troubles psychiques.

Troubles psychiques et goître exophtalmique peuvent apparaître simultanément sous l'influence de la même cause déterminente.

Comme conséquence de ces conclusions, un corollaire s'impose : Tous les exophtalmiques qui présentent des troubles psychiques marqués au coin de la dégénérescence, sont des dégénérés.

Est-ce à dire que tous les malades atteints de goître exophtalmique soient des dégénérés ? Nous n'oserions l'affirmer, bien que les antécédents héréditaires de ces malades, l'étude de leur passé et l'évolution même de leur affection permettent de soutenir une telle opinion.

« Parmi les névroses dit M. Déjerine, la maladie de Basedow est assurément une de celles où l'hérédité ne peut plus être contestée aujourd'hui ». La maladie de Basedow est, suivant l'expression de Charcot, un

membre de la grande famille nemopathologique, et il est impossible, en effet, de n'être pas frappé des antécédents héréditaires névropathiques ou vesaniques qui pèsent sur la majorité des exophtalmiques.

L'hérédité *dissemblable* ou de *transformation* se rencontre fréquemment chez les sujets atteints de maladie de Basedow; il n'est pas rare de constater parmi les ascendants, les descendants ou les collatéraux de ces malades des psychoses ou des névroses, isolées ou associées entre elles. Parmi les névroses l'hystérie occupe sans contredit le premier rang; puis viennent la paralysie agitante et l'épilepsie. On rencontre plus rarement une affection nerveuse à lésions nettement définies, la paralysie générale, ou le tabes, par exemple.

Ajoutons que les différentes formes d'aliénation mentale se rencontrent chez les ascendants des Basedowiens, tantôt seules, tantôt associées aux névroses.

L'hérédité *simulaire* s'observe quelquefois chez les malades atteints de goître exophtalmique. Le plus bel exemple de cette hérédité, est l'histoire familiale rapportée par Osterreicher et citée par M. Déjerine dans sa thèse d'agrégation : Une mère hystérique donne le jour à dix enfants six filles et quatre fils. Sur ces dix enfants huit présentèrent la maladie de Basedow ; une de ces filles, atteinte de goître exophtalmique fut elle-même grand'mére de quatre petites filles dont trois atteintes de goître exophtalmique, et la quatrième hystérique. Cantiléna cite l'observation d'une hystérique qui eut deux enfants, un fils et une fille atteints tous les deux de goître exophtalmique ;

la fille elle même mit au monde trois filles dont deux furent atteintes de la maladie de Basedow. Lewain a observé dans trois familles la transmission héréditaire de cette affection. Cheadle a vu dans la même famille se succèder quatre cas de goître exophtalmique. Rosenberg a vu cette maladie survenir chez des enfants dont le grand'père maternel en avait été atteint. Thyssen l'a vue en même temps chez la mère et chez la fille. Nous-même enfin, nous avons cité deux observations, l'une de Solbrig, l'autre de Kronthal où le goître exophtalmique existait à la fois chez la mère et chez l'enfant.

Interrogeons maintenant le passé des Basedowiens. Ces malades, dit Peter sont des « ultra-émotifs », et, en effet, presque toujours, dès leur enfance, dès leur jeunesse, les Basedowiens ont présenté des anomalies du caractère qui justifient pleinement cette expression. Ils sont émotifs, irritables, enclins à la mélancolie ; ils présentent de l'instabilité mentale, une véritable déséquilibration des facultés intellectuelles et morales. « On voit assez souvent, dit M. Landouzy, des enfants insubordonnés, quereleurs, et pour lesquels toute éducation en commun semble impossible... ; il s'agit souvent de sujets destinés plus tard à être atteints de la maladie de Basedow. » Pour M. Rendu, beaucoup de malades « sont des jeunes mariées séparées de leur mari, presque toujours pour incompatibilité d'humeur, car il est à remarquer que l'irritabilité nerveuse et l'instabilité du caractère précèdent souvent de fort longtemps l'invasion des accidents mor-

bides, circonstance qui devient une cause de désaccords fréquents dans le ménage. »

Il est donc certain que beaucoup d'exophtalmiques ont donné dans leur enfance ou dans leur jeunesse des preuves d'une déséquilibration mentale plus ou moins accentuée. Il en est d'autres, il est vrai, chez lesquels le passé ne révèle aucune anomalie de caractère et qui ne présentent des signes évidents d'instabilité mentale qu'au moment même de l'éclosion de la maladie de Basedow. Or, dans ces cas, ne serait-on pas en droit de croire que la déséquilibration était latente, et n'attendait pour se manifester qu'une cause occasionnelle banale ?

Outre ces tares héréditaires et cette déséquilibration mentale que nous venons de signaler, il existe chez quelques exophtalmiques des stigmates qui sont la signature de leur déchéance physique : telles sont les malformations du crâne, de la voûte palatine, de la face, ces anomalies de développement qu'une observation minutieuse révèle le plus souvent.

Ajoutons enfin que le début même de la maladie de Basedow qui survient quelquefois subitement, à l'occasion d'un choc moral, sa marche sujette à des hauts et à des bas alternatifs, sa curabilité, et la fréquence de ses récidives sont autant de caractères qui peuvent faire soupçonner une affection liée à son état de dégénérescence.

Malgré toutes ces raisons, nous ne croyons cependant pas avoir le droit d'affirmer que tous les Basedowiens sont dégénérés, car il en est certainement chez

lesquels on ne saurait trouver des signes assez certains de dégénérescence.

Ce qu'il nous importe d'ailleurs de retenir en ce moment c'est que beaucoup de ces malades sont au moins des prédisposés et que c'est chez eux seulement que le goître exophtalmique, agissant comme cause déterminante, favorise l'éclosion des troubles psychiques.

Il nous reste maintenant à essayer de mettre en évidence la pathogénie de ces accidents cérébraux, et, pour cela, il nous est indispensable d'exposer brièvement la théorie qui nous parait expliquer de la façon la plus satisfaisante la production des différents symptômes du goître exophtalmique.

La théorie bulbaire, ou pour mieux dire les théories bulbaires, qui paraissent avoir prévalu jusqu'à ce jour, ne sauraient nous satisfaire complètement. Dans la première de ces théories, il s'agit d'une névrose caractérisée par un fonctionnement anormal du bulbe; la seconde repose sur l'existence de lésions anatomiques des centres et des noyaux bulbaires. Or, si la première de ces théories nous explique une partie de la symptomatologie de la maladie de Basedow, elle ne nous explique pas pourquoi le bulbe fonctionne mal ; la seconde d'autre part se trouve singulièrement compromise par ce fait que, dans le goître exophtalmique, les lésions bulbaires sont rares et variables.

La théorie qui nous paraît la plus séduisante est la théorie thyroïdienne qui explique à la fois la pathogé-

nie des symptômes de la maladie de Basedow, et des troubles psychiques qui peuvent survenir au cours de cette affection.

Trois noms se rattachent à cette théorie, les noms de Moebius, de M. le Professeur Renaut de Lyon, et de M. le Professeur Joffroy.

Moebius, le premier, avait émis l'hypothèse que, dans la maladie de Basedow, la glande thyroïde était en état d'activité pathologique, activité qui préexisterait à l'ensemble symptomatique, avant même que la glande ait augmenté de volume. La cause de cette affection glandulaire serait, d'après lui, un poison organique agissant chez un individu prédisposé.

M. le Professeur Renaut tend à admettre que les symptômes de la maladie de Basedow, et, en particulier, les troubles psychiques sont étroitement liés à l'hypertrophie du corps thyroïde. Il pense que les matériaux toxiques élaborés par la glande, et qui, à l'état normal, sont absorbés par les lymphatiques pour être l'objet de transformations ultérieures, passent tels quels dans les veines et donnent lieu aux symptômes de la maladie de Graves et à des accidents cérébraux épisodiques.

M. le Professeur Joffroy, surtout, a contribué par ses travaux à établir cette théorie sur des bases de plus en plus solides, et c'est en nous guidant uniquement sur ces travaux que nous allons donner un exposé très sommaire de la théorie tyroïdienne du goître exophtalmique.

Cette théorie repose principalement sur la constance

des lésions thyroïdiennes chez les exophtalmiques et sur les relations intimes qui unissent le goître simple et la maladie de Basedow au point de vue de l'hérédité, de la succession des deux affections chez le même individu et des modifications heureuses des symptômes apportées par le traitement local du goître.

Il résulte des recherches de M. Renaut, et surtout des examens pratiqués par M. le Professeur Joffroy que, dans tous les cas de goître exophtalmique, il existe des lésions thyroïdiennes, dissemblables, il est vrai, mais constantes. Tantôt il s'agit d'une lésion microscopique, et l'hypertrophie de la glande permet de préjuger ; tantôt la lésion ne se révèle qu'à l'examen histologique, et elle existe alors même que le corps thyroïde n'était pas augmenté de volume, ou que ayant été hypertrophié il était revenu à ses proportions normales.

Les résultats fournis par l'examen histologique sont d'ailleurs des plus variables : ici c'est une altération des vésicules, là de la sclérose, de l'épaississement, de la dégénérescence des travées.

On sait d'autre part, depuis les publications de M. Charvot, la fréquence des lésions du corps thyroïde dans les maladies infectieuses, lésions qui parfois vont jusqu'à la suppuration mais qui, le plus souvent, se terminent par résolution ou passent à l'état chronique. Or, cette altération du corps thyroïde ne pourrait-elle pas nous expliquer l'apparition des goîtres exophtalmiques qu'on voit survenir à la suite d'un rhumatisme aigu, d'une fièvre typhoïde, d'une pneumonie etc...?

Ajoutons que, toutes les fois que l'autopsie d'un Basedowien a été pratiquée, on a trouvé une hypertrophie du thymus. Cette particularité paraît appartenir presque exclusivement au goître exophtalmique et nous ne serions pas éloignés de voir là une hypertrophie compensatrice.

Les données de la clinique sont aussi intéressantes et aussi concluantes que celles de l'anatomie pathologique.

Il n'est pas rare de rencontrer parmi les ascendants des exophtalmiques des goîtreux simples, et, inversement parmi les ascendants des goîtreux simples on rencontre fréquemment des individus qui ont été atteints de la maladie de Basedow.

On sait combien le goître exophtalmique a une prédominance marquée chez la femme, or il est à remarquer que le goître simple lui-même s'observe plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. D'après Laycock sur 551 cas de goître simple il y aurait 26 hommes seulement; pour Mitchell la proportion serait de 10 hommes pour 100 femmes.

Longue enfin est la liste des malades atteints de goître simple qui, à un moment donné, ont présenté des phénomènes réalisant le syndrôme de Basedow. Nous ne ferons que mentionner les observations de Lamy, de H. Watson, de Bœckel et les deux cas de Tillaux cités dans la thèse de Bénard. Bruhl rapporte également l'observation d'un malade qui, porteur depuis 25 ans d'un goître simple présenta quelques-uns des symptômes classiques de la maladie de Basedow.

Nous devons également rapprocher de ces faits la substitution du myxœdème aux symptômes de la maladie de Basedow. Dans un cas cité par M. le professeur Joffroy cette substitution a été complète. Au fonctionnement anormal du corps thyroïde répondait le syndrôme de Basedow, à l'abolition de la fonction, le myxœdème. Dans un cas aussi instructif de M. Sollier les symptômes de la maladie de Basedow s'amendaient à mesure que progressait le myxœdème.

Ajoutons que, toutes les fois qu'elle a été pratiquée, l'intervention directe sur le corps thyroïde a notablement amélioré et a même fait complètement disparaître dans quelques cas, les signes de la maladie de Basedow. Il nous suffira de citer à cet égard la statistique si instructive ds Stierlin : sur 29 cas d'extirpation du goître dans la maladie de Basedow, l'auteur a obtenu 22 guérisons complètes et 2 améliorations ; dans 3 cas l'état des malades ne s'est pas modifié, une fois le patient a succombé, une autre fois enfin les résultas ont été incertains. Dans un grand nombre de cas les injections interstitielles dans la glande ont donné des résultats analogues.

Nous invoquerons encore, en faveur de la théorie thyroïdienne, un argument tiré de la présence de ptomaïnes particulières dans les urines des malades atteints de la maladie de Basedow. Ces recherches dues à Boinet et Silbert de Marseille confirment l'idée d'une intoxication.

Citons enfin, pour terminer, un cas intéressant que nous empruntons à M. le Professeur Joffroy. Il s'agit

d'une malade de 23 ans, de taille petite, au-dessous de la moyenne, ne dépassant pas 1 m. 40. Ses membres sont grêles comme ceux d'un enfant. La tête est très asymétrique. La colonne vertébrale offre une double déviation : une déviation dans le sens antero-postérieur avec convexité marquée de la région dorsale en arrière, concavité correspondante de la région lombaire, sa concavité à droite. L'intelligence est affaiblie; la malade répond aux questions, peut sortir seule dans la rue ; mais, dans ses études d'arithmétique, elle a dû toujours s'arrêter devant les soustractions même très simples. La mémoire est faible, le caractère irascible. La marche se fait difficilement, par soubressauts, les jambes écartées. La parole est bredouillante. La sensibilité offre des troubles mal caractérisés, variables, avec anesthésie partielle et temporaire occupant surtout la jambe droite. Les reflexes tendineux sont abolis.

Toute cette série de troubles semblent dûs à un goître qui commença à se développer en même temps qu'apparut la menstruation, à l'âge de 12 ans. Jusque là, rien dans la santé de la petite fille n'avait attiré l'attention, et tous les symptômes dont elle souffre sont graduellement apparus à mesure que le goître grossissait.

Cette observation met bien en évidence l'influence des lésions thyroïdiennes sur le développement général de l'organisme lorsqu'elles surviennent dans l'enfance et dans l'adolescence ; elle nous montre en même temps quel degré de déchéance physique et intellectuelle ces lésions peuvent entraîner.

Tels sont les principaux arguments qu'on peut faire

valoir en faveur de la théorie thyroïdienne du goître exophtalmique.

« On peut dit M. le Professeur Joffroy, expliquer les phénomènes nerveux et autres observés dans la maladie de Basedow, par une altération du sang produite par le fonctionnement vicieux du corps thyroïde altéré. La seule différence, en somme entre la théorie de l'intoxication thyroïdienne et celle de la névrose, c'est qu'au lieu de mettre sur le compte d'une cause indéterminée, inconnue, les troubles nerveux qui existent en si grand nombre dans la maladie de Basedow, on les rapporte à une altération de sang, et qu'on a affaire à une maladie qui prend place à côté de certaines albuminuries, de certaines glycosuries, en un mot, à une maladie par altération du sang consécutivement au mauvais fonctionnement d'un organe altéré ».

CONCLUSIONS

I. — Il n'y a pas de troubles psychiques symptômatiques de la maladie de Basedow. Il n'existe pas de folie qui par sa forme et par sa nature se rattache directement à cette affection.

II. — La plupart des troubles mentaux observés au cours du goître exophtalmique relèvent de la dégénérescence mentale.

III. — Dans la majorité des cas, les troubles psychiques et la maladie de Basedow sont simplement associés chez le même sujet, et les deux ordres de symptômes évoluent d'une façon absolument indépendante.

IV. — Dans quelques circonstances, le goître exophtalmique a été la cause déterminante qui a favorisé, chez des dégénérés, l'éclosion des troubles mentaux.

V. — Dans ces derniers cas, les troubles psychiques nous paraissant avoir été provoqués par une intoxication dont le point de départ se trouve dans un trouble de fonctionnement du corps thyroïde, et dont l'action se manifeste directement sur les centres corticaux.

VI. — Les mêmes phénomènes d'intoxication, par leur action sur les centres bulbaires, et chez des sujets qui ne sont pas nécessairement des dégénérés, peuvent donner naissance aux symptômes isolés ou associés de la maladie de Basedow.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu le président de thèse,
JOFFROY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Ball. — *Leçons sur les maladies mentales*, 2e édition, 1890.

G. Ballet. — Etat mental des dégénérés. *Archives de médecine* 1888.

— Des idées de persécution dans le goître exophtalmique. *Société médicale des Hôpitaux*, 28 février 1890.

— Le délire de persécution à évolution systématique. Publication du *Progrès médical*, 1893.

— Accidents maniaques chez les dégénérés. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, février 1893.

Boedecker. — Contribution à l'étude de la folie dans la maladie de Basedow, *Charité-Annalen*, 1889.

Boeteau. — *Des troubles psychiques dans le goître exophtalmique*, thèse de Paris, 1891-92.

Boettger. — Un cas de maladie de Basedow compliqué de folie. Allgemeine *Zeitschrift fur Psychiatrie und psychisch gerichtliche Medicin*. Berlin, 1877.

Boinet et Silbert. — Les ptomaïnes dans la maladie de Basedow, Marseille médical, 1891.

Bruhl. — Rapport du goître simple avec la maladie de Basedow. *Gazette des Hôpitaux*, 1891.

Cane. — Goître exophtalmique et manie. *The Laucet*, 1er décembre 1877.

Clarke. — Folie et goître exophtalmique. *American Journal of insanity*, 1889.

H. Colin. — *Essai sur l'état mental des hystériques*, thèse de Paris, 1890.

Colman Collins. — Goître exophtalmique et aliénation mentale. *The Laucet*, 8 janvier 1877.

Déjerine. — *L'Hérédité dans les maladies du système nerveux*. Paris, 1886.

Delasiauve. — Phénomènes nerveux du goître exophtalmique *Société médicale des Hopitaux*, 1874.

Falret. — De la mélancolie et de ses diverses variétés. *Annales médico-psychologiques*, 1890.

Geigel. — La maladie de Basedow. *Wurzburger medicinische Zeitschrift*, 1866.

Greidenberg. — Troubles mentaux dans la maladie de Basedow, *Veztnik khlinitscheskoï isubednoi psychiatrii inevropathologii* St-Pétersbourg, T. I. Janvier 1893.

Impaccianti. — Pneumonie, manie, maladie de Basedow, *Bullettino della Societa lancisiana degli ospedali di Roma*, 1893.

Jacquin. — *Etude critique des rapports du goître exophtalmique et de l'aliénation mentale*. Thèse de Montpellier, 1890-91.

Jensen. — Un cas de maladie de Basedow compliqué de folie. *Allgemeine, Zeitschrift fur Psychiatrie*. Berlin, 1877.

Joffroy et Achard. — Anatomie pathologique de la maladie de Basedow. *Archives de médecine expérimentale*, novembre, 1893.

Joffroy. — Nature et traitement de la maladie de Basedow, *Progrès médical*, décembre, 1893.

— Rapports de la folie et du goître exophtalmique. *Annales de la Société médico-psychologique*, 31 mars 1890.

— Troubles psychiques et hallucinations dans la maladie de Basedow, *Société médicale des Hôpitaux*, 11 avril, 1890.

— De la folie choréique, définition et nature de la chorée, *Semaine médicale*, nº 12, 25 février 1893.

Jung. — Goître exophtalmique et aliénation mentale, *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie*, Berlin, 1877.

Kronthal. — Goître exophtalmique et troubles psychiques chez une fillette de 12 ans, *Berliner klinische Wochenscrift*, nº 27, juillet 1893.

Landouzy. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1886.

Laehr. — Goître exophtalmique et aliénation mentale. *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie*. Berlin, 1877.

Legrain. — *Du délire chez les dégénérés*, Paris, 1886.

Meynert. — Troubles mentaux dans le goître exophtalmique, *Psychiatrisches Centralblatt*, Vienne, 1871.

Martin. — *Troubles psychiques dans la maladie de Basedow*, thèse de Paris, 1890.

Noetel. — Goître exophtalmique et aliénation mentale, *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie*, Berlin, 1877.

Peter. — Le goître exophtalmique, l'émotivivé et l'émotion, *Bulletin médical*, nº 36, 1890.

Mme Filet-Fouet. — *Des perturbations mentales dans le goître exophtalmique*, thèse de Paris, 1893.

F. Raymond et Sérieux. — Goître exophtalmique et dégénérescence, *Revue de médecine*, 10 décembre, 1892.

F. Raymond. — Relation de l'albuminurie avec les psychoses, *Gazette médicale de Paris*, 1890.

— Psychoses et pneumonie, *Semaine médicale*, nº 23, 1893.

Rendu. — Goître exophtalmique, *Dictionnaire encyclopédique*.

Savage. — Trois observations de goître exophtalmique avec aliénation mentale, *Guy's Hospital reports*, 1882,

Seglas. — Mélancolie et maladie de Basedow, *Annales de la Société médico-psychologique*, 28 Juillet 1890.

Sérieux. — *Recherches cliniques sur les anomalies sexuelles*, thèse de Paris.

Solbrig. — Maladie de Basedow et troubles cérébraux, *Allgemene Zeitschrift fur Psychiatrie*, 1871.

Aug. Vigouroux. — *Gazette médicale des Hôpitaux*, 1er décembre 1891.

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction 5

II. Historique 9

III. Les Héréditaires dégénérés 24

IV. Goître exophtalmique et stigmates psychiques de dégénérescence 29

V. — et délires pseudo-systématisés des dégénérés 73

VI. — et états maniaques 103

VII. — et états mélancoliques 120

VIII. — états maniaques et dépression mélancolique 132

IX. — et délire primaire, multiple, polymorphe sans tendance évolutive. 146

X. — et délire aigü 165

XI. Dégénérescence et goître exophtalmique. La théorie thyroïdienne de la maladie de Basedow 169

Conclusions 185

Bibliographie 187

Orléans. — Imp. G. MORAND. 47, rue Bannier.